First Nations and Inuit Health Programs

1999-2000 ANNUAL REVIEW, August 2000

FORWORD

INTRODUCTION

COMMUNITY-BASED PROGRAMS
- Aboriginal Head Start
- Addictions
- Canadian Prenatal Nutrition Programme
- Dental Health and Dental Therapy Training Program
- Diabetes
- Healing and Wellness
- Health Careers
- Home and Community Care
- Nursing in First Nations and Inuit Communities
- Nutrition
- Tobacco Reduction
- Women and Children's Health

DISEASE PREVENTION AND CONTROL
- HIV/AIDS
- Tuberculosis

ENVIRONMENTAL HEALTH AND RELATED RESEARCH
- Environmental Health Program
- Drinking Water Safety Program
- Sustainable Development Strategy
- National First Nations Environmental Contaminants Program
- Laboratory Services

HEALTH RESEARCH AND ANALYSIS
- Accountability
- Epidemiological Research
- Health Information and Capacity Development
- First Nations and Inuit Health Information System
- Injury Surveillance
- Knowledge Management
- National First Nations Telehealth Research Project
- Pharmacy Services and Consultation
- Regional Health Surveys
- Resource Centre/Clearinghouse

1999/2000 FNIHP EXPENDITURES

FORWORD

The purpose of the 1999-2000 Annual Review is to share information on activities and services undertaken by First Nations and Inuit Health Programs (FNIHP) Directorate, Medical Services Branch (MSB), related to Indian and Inuit health during the 1999-2000 fiscal year.

The 1999-2000 Annual Review also highlights FNIHP Directorate's main planned activities and expected outcomes for the 2000-2001 fiscal year, and as such, will serve as an accountability document for the Directorate. In this way, we can ensure that our partners and clients are not only made aware of our recent accomplishments but are kept informed of our major planned activities as well.

1999-2000 was another busy and productive year. The Directorate placing priorities on Budget 1999, Human Resources, Nursing shortage and Mental Health, and fully met its ambitious targets for each one. This year's priorities still revolve around Sustainability, Accountability and Capacity building with the addition of Knowledge Management.

On behalf of the management and staff of the FNIHP Directorate, I hope you will find this information useful and informative.

Keith Conn
A/Director General
First Nations and Inuit Health Programs Directorate

Date: September 27, 2000

INTRODUCTION

FNIHP's Role in First Nations and Inuit Health Care
The First Nations and Inuit Health Programs (FNIHP) Directorate is one of three directorates that form the Medical Services Branch (MSB) of Health Canada. MSB is responsible for the delivery of health programs and services to First Nations people and Inuit. The total Indian and Inuit resources for the Branch in 1999/2000 was $11,232,367.00

The fiscal year 1999/2000 will be the last year that the Medical Service Branch will be known by its current name. In July, 2000 the name of the Branch will be changed to First Nations and Inuit Health Branch (FNIHB) to better reflect its current program and activity focus.

The FNIHP Directorate is active in the areas of community and family health, substance abuse prevention and treatment, disease prevention and control, environmental health research and health information and analysis. With other parts of MSB, the First Nations and Inuit Health Program Directorate is continuing to undergo a dramatic change from a direct service provider to a funder of programs, program strategist and analyst and advisor, as control of health programs is transferred to First Nations and Inuit communities and organizations.

FNIHP's Mandate
"To work with MSB Regions, First Nations and Inuit organizations to assist First Nations and Inuit people maintain and improve their health."

How FNIHP Carries Out its Mandate

- Conducting health and program surveillance, research, activities to identify trends and emerging issues to facilitate program design, direction, implementation and evaluation.
- Supporting MSB Regions, other MSB Directorates, Health Canada, other Government Departments, First Nation and Inuit organizations in the coordination of health programs to enable effective program development, direction, delivery and evaluation.
- Planning for and implementing the transfer of programs and functions managed nationally to First Nation and Inuit organizations and/or Regions to improve the responsiveness of programs to the changing needs of First Nations and Inuit
- Advocating on behalf of First Nations and Inuit with central agencies and other federal and provincial/territorial departments for appropriate programs, services and resources.

Guiding principles

- Activities will support knowledge and capacity building among First Nations and Inuit.
- Work will be carried out in partnership with First Nations, Inuit, MSB Regions and other stakeholders, working towards sustainable and accountable programming. First Nations and Inuit control and ownership of health programs and resources will be facilitated and encouraged.

101-00802/

COMMUNITY-BASED PROGRAMS

First Nations people and Inuit have traditionally taken a holistic view of health. Instead of absence of disease, health is seen to involve physical, social, emotional and spiritual well-being, with the focus not only on the individual, but on the family and community. At the First Nations and Inuit Health Programs (FNIHP) Directorate, this approach is supported by a range of programs and national initiatives set up in partnership with Aboriginal organizations, communities and Medical Service Branch (MSB) Regions.

In 1999/2000, the FNIHP Directorate continued to work with its partners in bringing greater strategic vision and direction to areas of special community-based program concern, such as women and children's health, youth and prevention and treatment of addictions. Important new initiatives in the areas of Home and Community Care and prenatal nutrition were also continued in 1999/2000.

Programs and Main Activities in 1999/2000 Aboriginal Head Start
Addictions
Canadian Prenatal Nutrition Program
Dental Health and the Dental Therapy Training Program
Diabetes
Healing and Wellness
Health Careers
Home and Community Care
Nursing in First Nations and Inuit Communities
Nutrition
Tobacco Reduction
Women and Children's Health

Aboriginal Head Start
Aboriginal Head Start is designed to contribute to school-readiness, health promotion, nutrition and cultural knowledge in children (0-6), with an emphasis on strong parental involvement and community support. Initially, the Head Start program focused on urban children, but in 1997/98, work began on the expansion of Aboriginal Head Start to First Nations on-reserve children.

Applying Head Start's principles to First Nations communities required the development of a revised framework to reflect the First Nations environment. The FNIHP Directorate worked with Regions in setting up regional committees and a National Head Start Committee, which includes First Nation organizations and regional representatives.

The National Committee was struck in the fall of 1998 to oversee the national implementation of the on-reserve Aboriginal Head Start Program and to work on the development of the national evaluation framework, the development and coordination of a national training workshop, and the determination of research priorities from a national perspective. Decisions on specific Head Start projects are made by the regional Committees.

In 1999/2000, 203 projects were approved. Forty-seven of those were for needs assessments development; 156 were for operational projects. The national evaluation framework, which will be used as a basis for completing the necessary project evaluations over the next several years, was completed and submitted to Treasury Board. The National Committee has mandated a sub-group to draft and test a national reporting template with final feedback expected from pilot sites and other interested communities in 2000/2001. The revised draft will be reviewed by the National Committee by the end of August 2000.

In addition, the National Committee mandated a sub-group to draft a First Nations Head Start Standards Resource Tool, which will provide First Nations with a blueprint for developing their own program standards should they wish to do so. The draft document was sent out to all regional committees and projects for feedback. The final draft is expected to be completed in July, 2000.

The first Annual Report on the Aboriginal Head Start program, which included a comprehensive national report on Aboriginal Head Start implementation, was completed in the fall of 1999; the second Annual Report will be completed in the fall of 2000. The second national training workshop was held in Calgary, Alberta in January, 2000.

2000-2001 Main Activities and Anticipated Outcomes:

- Complete implementation of the program through the establishment of about 160 First Nation Aboriginal Head Start projects.
- Work with the national committee on developing appropriate mechanisms and reporting tools that will assist with the National Evaluation. (Including finalizing the National Reporting Template and providing training on the template; and

begin development and pilot testing tools for the process and outcome evaluations that will be used in the baseline survey).
- Prepare the comprehensive 1999/2000 National Annual Report on the Program.
- Finalize the First Nations Head Start Standards Reference Guide.
- Coordinate the National Training Workshop for 2000/2001.
- Prepare tools that will assist in improving communication about the Aboriginal Head Start on-reserve program.

Addictions
To better coordinate its activities in the area of Alcohol and Drug Abuse, and Solvent Abuse prevention and treatment, the FNIHP Directorate placed its work in these related fields under the umbrella of the Addictions program in 1998/99. It also initiated a number of projects designed to improve the administration and support the work of both the National Native Alcohol and Drug Abuse Program (NNADAP) and Youth Solvent Abuse Prevention Program (YSAP). Among these was an updated treatment activity reporting system, known as the Substance Abuse Information System (SAIS), from which it collects and analyses the gathered data annually.

To assist in the coordination and operation of the NNADAP and YSAP centres, a national directory of the alcohol and solvent abuse centres was prepared and a community-based program workers survey was carried out in more than 450 communities. The directory was completed in 1999/2000, and is now available through the FNIHP Resource Centre and on the MSB web site.

In 1998/99, the FNIHP Directorate pilot-tested and began implementing an evaluation framework and accreditation process for the NNADAP/YSAP centres. The accreditation process was successfully pilot-tested in five communities and the implementation plan was completed. The full-scale implementation began in the spring of 2000 and will be continued through 2000/2001. Work was also completed on a YSAP Best Practice Manual.

As part of the follow-up to the two-year program review, a National Native Addiction Partnership Foundation was launched in 1999/2000. The FNIHP Directorate also sponsored a national conference of regional partnership committees in February, 2000.

Work was also begun on a training-the-trainers program for using the Substance Abuse Information System (SAIS) in the communities, and on expanding the SAIS system to allow for a continuum of care in a way that will increase its effectiveness for community use.

Drug abuse prevention and education activities were undertaken within existing programs. Among these are the National Native Role Model Program and National Addictions Awareness Week activities. Work was also initiated on a National Native Addictions Framework, which will begin by defining the current system, then make best practice recommendations. A strategy for gambling addiction will be included in the Framework.

2000-2001 Main Activities and Anticipated Outcomes:

- Complete implementation of the NNADAP/YSAP evaluation framework and accreditation process.
- Begin an Addictions National Framework that will define addictions' services for First Nations.
- Continue to work with the National Native Addictions Partnership Foundation in the implementation of the NNADAP Review recommendations.
- Develop a business plan for the expanded SAIS.
- Develop three-part video series on Aboriginal addictions for the APTN and the Vision Website.

Canadian Prenatal Nutrition Programme
The Canada Prenatal Nutrition Program (CPNP) is addressed to pregnant women and infants up to one year of age and is designed to improve the health of pregnant women and birth outcomes. The First Nations and Inuit component is community-based, so each community develops its own activities in one or more of four broad areas: nutrition education; skill building (breast feeding, teaching people to shop effectively, community kitchens, etc.); development of support linkages for pregnant women and new mothers (women's support groups and smoking cessation programs); and provision of nutritious food where appropriate. In February, 1999, the Federal Budget called for the expansion of the Canada Prenatal Nutrition Program. In consultation with its partners, the First

Nations and Inuit Health Program (FNIHP) Directorate began working to address gaps, broaden and intensify the services, support innovation and build capacity in the promotion of prenatal and infant health.

A National Steering Committee of Medical Services Branch (MSB), and First Nations and Inuit representatives was set up in 1999/2000 to oversee CPNP expansion. After extensive rounds of discussion and feedback, a Strategy Framework for the program was developed and it will be distributed in 2000/2001. CPNP evaluation methodology was also reviewed in 1999/2000 and it is now before the National Steering Committee. Review of program evaluation options with the Inuit is ongoing.

2000-2001 Main Activities and Anticipated Outcomes:

- Carry out major communications initiative to inform all stakeholders of the CPNP expansion.
- Set up required templates, new program guidelines, etc. for rollout of CPNP expansion.
- Assist in setting up of regional steering committees.
- Support Regional and National Committee in the delivery of the program in its expanded form.
- Introduce strategic projects under the direction of the National Steering Committee.
- Assess training, coordination and resource requirements from a national perspective.

Dental Health and Dental Therapy Training Program
Dental and oral diseases are for the most part preventable. Limited available data relating specifically to dental and oral diseases in First Nations and Inuit people generally indicate that dental decay rates for this population can range from three to five times greater than the non-Aboriginal Canadian population.

To improve the oral health status of First Nations and Inuit people, Medical Services Branch (MSB) supports continuing access to oral health care services and service providers, as well as providing increased promotion, support and encouragement for preventative and oral health promotion strategies within First Nations and Inuit communities.

To ensure the effective delivery of services, the FNIHP and the NIHB Directorates set up a consultation committee in 1997/98 that included both First Nations and Inuit, dental association representatives. The Dental Care Advisory Committee oversees the implementation and delivery of a pre-determination system of monitoring and auditing designed to ensure First Nations people and Inuit are receiving appropriate and cost-effective dental care on a needs-basis, rather than the previous system of quotas. The Committee also developed recommendations for regional-national appeal mechanisms and for the addition and deletion of dental services from the NIHB schedule of benefits, as well as guidelines for community fluoridation projects and for oral health promotion.

To encourage First Nations people and Inuit to enter the dental profession, MSB helped found the National School of Dental Therapy (NSDT) program, which is designed to educate dental therapy students in the provision of basic oral health care services, including fillings, extractions and preventive care and dental health promotion. The program is delivered by the Saskatchewan Indian Federated College (SIFC) in conjunction with the University of Saskatchewan's College of Dentistry. In 1999/2000, the FNIHP Directorate completed a review of the program, which is carried out before the expiry date of each five-year contract. On March 1st, 2000, a new contract was tendered with a due date of June 30, 2000.

In 1999/2000, the FNIHP Directorate Dental Health Program continued to work with the Canadian Dental Association/AFN Prevention Committee on fluoridation/prevention issues, and encouraged First Nations to consider fluoridating their water supplies where circumstances allow. Five First Nations communities, Pelican Narrows, Southend, Deschambault Lake, Split Lake and Sioux Valley, received funding to implement water fluoridation systems in 1998/99. Three additional funding grants were made in 1999/2000 to the Manitoba communities of Sandy Bay, Opasquayak and Sioux Valley. A fissure sealant pilot project launched in Alberta in 1998/99, was expanded to include the Ontario, Quebec and Atlantic Regions.

2000-2001 Main Activities and Anticipated Outcomes:

- Issue new National School of Dentistry contract.

- Continue prevention and promotion of oral health and community water fluoridation.
- Develop a National Oral Health Strategy.
- Support the Ministry's anti-tobacco initiative.

Diabetes

The importance of addressing diabetes in the Aboriginal population was referenced in the 1997 Speech from the Throne and in the 1998 federal announcement of "Gathering Strength – Canada's Aboriginal Action Plan." There has also been growing awareness and serious concern about the current epidemic of diabetes and its complications among Aboriginal people, who suffer from diabetes rates that are three to five times the rates found in the general Canadian population. The highest rates are found among First Nations people on-reserve, followed by off-reserve First Nations, Métis and Inuit.

Type 2 Diabetes is the most common type of the disease, accounting for over 90% of the cases in the general population, and almost all cases among Aboriginal people. In Inuit communities, and in the north in general, the rate of diabetes is still relatively low, but there are concerns that the disease may increase to First Nations levels if traditional lifestyle and eating patterns continue to change. More data is needed to better understand the impact of diabetes on the Métis and urban Aboriginal communities.

Within the government, the First Nations and Inuit Health Program (FNIHP) Directorate has worked on a number of projects to address the increasing information needs in the areas of prevention and education, care and support, research, and surveillance. In 1998, the Directorate participated in a series of working groups with its First Nations and Inuit partners, and other Aboriginal and non-Aboriginal representatives, to develop the five-year Aboriginal Diabetes Initiative (ADI). The initial consultations were completed in 1999/2000 under the direction of the National Aboriginal Diabetes Initiative Steering Committee, which includes representatives from the Assembly of First Nations, Inuit Tapirisat of Canada, Métis National Council, Congress of Aboriginal Peoples, Native Women's Association, the National Aboriginal Diabetes Association (NADA) and Medical Services Branch (MSB) Regions and Headquarters. The consultation reports were submitted and accepted by the committee, and the summary report is available on the FNIHP web site.

In November, 1999, the Minister announced $58 million in funding for the Aboriginal Diabetes Initiative over the five year period from 1999 to 2004. The ADI objectives include:

1. improving care and treatment for First Nation on-reserve and Inuit communities
2. improving prevention and promotion programs for all Aboriginal peoples
3. offering lifestyle support services in communities
4. building capacity to manage sustainable diabetes programs
5. addressing surveillance needs through the National Diabetes Surveillance System

The ADI is part of the larger Canadian Diabetes Strategy, and it has developed its own links to other Health Canada programs, including Home and Community Care, Telehealth and the First Nations and Inuit Health Information System, as well as non-governmental organizations active in the area of diabetes care, treatment and prevention. ADI guidelines call for its programs to be community-based, culturally relevant, repectful of traditional values, and accountable to Aboriginal communities and governments.

In 1999/2000, Year One of the ADI, the Steering Committee guided implementation planning with the Regions and with communities, provided bridge funding to 12 community-based diabetes prevention pilot projects, and provided project information support to NADA.

In 1999/2000, the Directorate also completed the Manitoba Diabetes Study and incorporated the Aboriginal diabetes requirements into the National Diabetes Surveillance System. The FNIHP Directorate also continues to participate in the development and implementation of the overall Canadian Diabetes Strategy.

2000-2001 Main Activities and Anticipated Outcomes:

- Finalize program designs for both the on-reserve and off-reserve programs and, in collaboration with First Nations and Inuit, begin program implementation.
- In collaboration and in partnership with Regions, Aboriginal organizations and HPPB/HPB implement the ADI and all associated activities, including the development of program guidelines for projects and funding arrangements.

- Facilitate linkages between the ADI and other national, provincial and territorial initiatives.

Healing and Wellness
The First Nations and Inuit Health Program (FNIHP) Directorate's Healing and Wellness program has two main components: mental health promotion and Aboriginal youth issues.

Mental Health
In the fall of 1998, FNIHP coordinated the establishment of the National Mental Health Working Group, which is made up of First Nations (Assembly of First Nations), Inuit (Inuit-Tapirisat) and Medical Services Branch (MSB) representatives, to examine mental health programs and services being provided under the Brighter Futures and Building Healthy Communities funding envelopes. Both Brighter Futures and Building Healthy Communities fund community-based activities and cover such areas as improving parenting skills, injury prevention, youth activities, solvent abuse and community mental health. The mental health program includes support for mental health crisis intervention, training for community members in dealing with traumatic situations, and aftercare services to support individuals and families.

To ensure that general mental health services are offered in a coherent and effective manner, the Working Group recommended that a detailed environmental scan of community-based mental health programs be carried out to determine gaps in the system and to recommend ways to improve services. The environmental scan was completed in 1999/2000 and the Working Group met six times to review the findings and to design a Comprehensive Framework for Mental Health. In 2000/2001, discussions and feedback with First Nations and Inuit communities and front-line workers and other interested parties will begin on results of the environmental scan and on the draft framework for the mental health program.

The FNIHP Directorate is also continuing its work on the Non-Insured Health Benefits (NIHB) Directorate's sub-committee, which is examining and reassessing the NIHB's Mental Health Directive.

Aboriginal Youth In 1998/99, the FNIHP Directorate placed a special emphasis on the needs of Aboriginal Youth to compliment support activities already being carried out in the area of women and children's health. Sixty percent of the First Nation and Inuit populations are under the age of 30, and Aboriginal youth suffer extremely high rates of suicide and other injuries, and they often engage in behaviors that are injurious to their health.

In February, 1999, the Directorate met with First Nations and Inuit organizations, and other government departments dealing with Aboriginal youth issues, and began to share information on how all parties can work together to improve support services to Aboriginal youth. In 1999/2000, the FNIHP Directorate supported the AFN Youth Assembly and continues to support the development of the Aboriginal Youth Strategy. The FNIHP Directorate also supported the Aboriginal Youth Network Internet site, which has included information on healthy behaviors and health promotion.

In the area of suicide prevention, production was begun in 1999/2000 on a 24-minute video for broadcast on the Aboriginal Peoples' Television Network (APTN). A brochure for cross-country distribution is also being produced.

2000-2001 Main Activities and Anticipated Outcomes:

- Complete the comprehensive discussions on the environmental scan and on the mental health framework.
- Provide support to Regions in training health care workers on suicide prevention.
- Complete youth video for APTN broadcast, and a brochure on suicide prevention.
- Support the ITC in its work on a culturally appropriate Inuit mental health strategy.

Health Careers
Training and capacity building are essential parts of the FNIHP Directorate's mandate to transfer control of health programs and policy to the First Nations and Inuit. Through the First Nations and Inuit Health Career programs, Medical Services Branch (MSB) actively encourages people of First Nations and Inuit ancestry to pursue post-secondary programs leading to health careers, including environmental health and health administration.

Today there are more than 2,000 Aboriginal health workers, which includes more than 800 nurses and 70 physicians; other occupations include lab technicians, dentists, optometrists, pharmacists and health administrators. Discussions on ways that FNIHP might assist Aboriginal health workers organizations in working more closely together to promote health careers for Aboriginal people began in 1998-99 and continued in 1999/2000.

In 1998-99, the Directorate transferred the very successful Aboriginal scholarship and bursary program to the National Aboriginal Achievement Foundation, although it continues to offer the program funding support. The Directorate also supported the Aboriginal Health Career Symposium in Ottawa in the fall of 1999.

2000-2001 Main Activities and Anticipated Outcomes:

- Support the National Aboriginal Achievement Foundation in its administration and management of the bursaries and scholarship component of the Indian and Inuit Health Careers program.
- Support the National Aboriginal Achievement Foundation's hosting of the March, 2001 Aboriginal Achievement Awards.
- Support the Inuit specific Nursing Program for Nunavut.

Home and Community Care

On-reserve continuing care involves a variety of services, such as Home Nursing, homemakers' services, personal care and aids to daily living. The First Nations and Inuit Health Program (FNIHP) Directorate is working with the Department of Indian Affairs and Northern Development (DIAND) and First Nations and Inuit organizations in an effort to improve continuing care program distribution, promote efficiencies and provide a seamless set of services.

In 1998/99, the FNIHP Directorate established, with DIAND, the Assembly of First Nations and the Inuit, a Working Group to develop a Continuing Care Framework, which includes home care and long-term care. The first phase of this work was carried out with the completion of a Home Care Framework in 1998. In February, 1999, the federal budget provided for the establishment of a First Nations and Inuit Home and Community Care Program.

To provide direction and oversee program developments over the initial three year period, a National Steering Committee with First Nations, Inuit, Medical Services Branch (MSB) and DIAND representatives has been established. By the end of March 2000, more than 200 communities had received funding for their needs assessment plans. The needs assessment and program planning activities will continue in 2000/2001, as the program moves toward the implementation phase.

In July 1998 and February 1999, the Minister of Health announced funding through the Health Transition Fund for two national level pilot projects related to First Nations and Inuit home care. The first project is being carried out in five First Nations sites encompassing eight communities with the goal of developing home care models and test options for better integration and coordination of services provided by the various levels of government.

The second project is being carried out in one Inuit and three First Nation communities to identify the type and level of community and home support needs related to diabetes, and to develop models focusing on care, treatment and education, that will improve the quality of diabetes management.

During 1999/2000 the pilot sites undertook a community needs assessment to identify home and community care needs, develop a service delivery plan and assess the infrastructure needed to provide service delivery.

2000-2001 Main Activities and Anticipated Outcomes:

- Develop generic program standards and policies, and an evaluation framework to enable the National Steering Committee to oversee developments.
- Develop an information module linked with FNIHIS.
- Develop a strategy to understand housing needs of clients receiving home care services
- Build linkages with other programs; i.e. Telehealth; Diabetes; NIHB programs.
- Support ongoing work of the National Steering Committee.
- Support collaborative developments and capacity building in all Regions.

- Complete the evaluation and submit the final reports on all nine home and community care pilot sites.

Nursing in First Nations and Inuit Communities
Community Health Nurses provide health care and nursing services in First Nations and Inuit communities. They function in an expanded nursing role demonstrating competencies in health assessment, diagnostic and therapeutic interventions, family health, health promotion, illness and injury prevention and community development.

The First Nations and Inuit Health Program (FNIHP) Directorate oversees the following initiatives in support of community health nursing practice: Clinical Guidelines for nurses; Nurses Drug Classification System; Expanded Scope of Practice Parameters.

To ensure that Scope of Practice competencies are incorporated into the curricula of the mandatory clinical nursing education programs, the FNIHP Directorate established a Peer Review Committee, with membership from Medical Services Branch (MSB) Regions and First Nations transferred health authorities. This continuing review process ensures that there is consistency and standardization of all programs, and that graduates are prepared to function in an expanded nursing role.

The drafting of Clinical Guidelines was completed in 1998/99 and reviewed in 1999/2000. The final edit and formatting for posting on the MSB website will be completed early in 2000/2001. The Nurses Drug Classification System was also finalized and distributed in 1999/2000. Work was also carried out in developing pharmaceutical standards for nursing stations and health centres.

Another priority in 1999/2000 was the development of the Competency Assessment program for nurses in an expanded role. It covers broad areas of nursing knowledge, skills, abilities, attitudes and judgement. The goals of this program are to ensure that nurses graduating from the mandatory educational programs meet the competencies required in the practice setting; and to identify continuing education/refresher training for those nurses who have completed recognized educational programs.

The Competency Assessment program includes a self-assessment and study guide; multiple choice testing for community health; and therapeutic interventions, and a clinical skills assessment process. The first step, completed in 1998-99, was to survey health professionals in the field to validate competencies in expanded role nursing. Work on both the self-assessment tool and multiple choice competency assessment program were nearing completion in 1999/2000 and should be ready for administration in 2000/2001.

In 1999/2000, Phase I of the Accreditation/Standards for Nursing Stations project (the Analysis and Consultation phase) was completed. Phase II will be completed in 2000/2001. This will involve finalizing the draft Accreditation Standards, identifying pilot survey sites and training First Nations surveyors.

Nurse recruitment and retention became a Directorate priority in 1998/99 in light of the current serious shortage of qualified registered nurses to work in First Nations and Inuit communities. The Directorate formed the Nurse Recruitment and Retention Strategy Working Group, which developed the Nurse Recruitment and Retention Strategy to guide nursing activities for the Directorate.

Contained in the Strategy are long-term initiatives to alleviate the shortage; short-term actions to address immediate needs, a detailed work plan with target dates and assigned responsibilities and resource implications. To address the scope of the challenge, immediately and in the future, a series of recommendations were made that focused on promotion and recruitment, clinical support, management support, quality of life issues for nurses and sustainability of a qualified nursing workforce.

2000-2001 Main Activities and Anticipated Outcomes:

- Complete Phase II of Accreditation/Standards for Treatment and Nursing Centres.
- Complete initiatives pertaining to Competency Assessment and develop an education strategy for nurses.
- Undertake review of Pediatric C.G Patient in flight manual and guidelines.
- Telephone triage feasibility project
- Develop national nursing policies manual
- Continue implementation of the Nursing Recruitment and Retention Strategy in partnership with the National Nurse Recruitment and Retention Working Group.

- Carry out pilot project with Department of National Defense nurses.
- Continue with expanded nurse role recruitment and advertising, and education subsidy for 3rd and 4th year B.A. nursing students.

Nutrition

Health Canada has long sought to provide nutritional information to Canadians. In recent years, the First Nations and Inuit Health Program (FNIHP) Directorate has been working to ensure that the special nutritional needs of Aboriginal peoples are also addressed. These special needs are reflected in the high rates of diabetes and the poor general health in many Aboriginal populations.

Specialists in the field are increasingly aware that nutrition is part of the wider issue of "food security." In the Aboriginal context, this raises the question of the availability of traditional foods, the presence of environmental contaminants, poverty and lack of culturally appropriate information.

In 1998/99, FNIHP began looking at ways to bring its partners together to develop an action plan which links present and new nutrition initiatives, and will assist communities in becoming food secure. Some basic development work on the issue of food security was completed in 1999/2000 and support was provided to the DIAND-led Food Mail subsidy program. This program provides substantial transportation subsidies for nutritious perishable foods (mainly fruits, vegetables and milk) to communities without road, rail or shipping access.

The FNIHP Directorate also supplied funding support to a nutritional survey in Alberta.

2000-2001 Main Activities and Anticipated Outcomes:

- Continue support for the Food Mail program.
- Prepare issues paper on food security.

Tobacco Reduction

Smoking rates among Aboriginal people are extremely high compared to the Canadian average. Studies show that 32% of the overall Canadian population are regular smokers, compared to 62% among First Nations and 72% among the Inuit. A First Nations and Inuit Health Program (FNIHP) Directorate survey of smoking among First Nations youth also confirmed that the rate is twice as high as among their non-Aboriginal peers.

A five-year $2.78 million Tobacco Control Initiative was launched in 1998/99 to support First Nations and Inuit with programming efforts focused on prevention, education and awareness of the dangers of the non-traditional use of tobacco, especially among First Nations and Inuit youth. Among the projects funded and supported was a Assembly First Nations (AFN)-organized national meeting of Aboriginal youth to discuss a tobacco control strategy aimed at youth. The FNIHP Directorate also worked on an evaluation of Anirsaattiarniq (Breathing Easy), a smoking cessation kit for community health workers. Training was provided to Inuit community health representatives in 1999/2000, and will continue through 2000/2001.

A smoking cessation component to the Aboriginal Youth Network web site, which includes tracking data on the website's use, was added in 1999/2000. The FNIHP Directorate also co-sponsored an AFN tobacco event that brought together community workers from across Canada.

The Directorate also supported the creation of the first three of a planned series of six broadcasts on the non-traditional use of tobacco for the Aboriginal Peoples Television Network (APTN). The remaining three programs, which target Aboriginal youth, will be completed and aired in 2000/2001. Work is continuing on a broader media campaign that includes public service announcements featuring the National Chief and Aboriginal youth.

The FNIHP Directorate also participates in the Departmental Tobacco Control Initiative Steering Committee with other Branches with the aim of securing increased funding for First Nations and Inuit community-based Tobacco Control initiatives.

2000-2001 Main Activities and Anticipated Outcomes:

- Produce three more tobacco programs for the APTN.
- Continue training health representatives on the Anirsaattiarniq (Breathing Easy) smoking cessation kit.
- Produce and distribute tobacco use public service announcements for

broadcast.
- Continue First Nations five-year tobacco control strategy.

Women and Children's Health
Women and children's health is central to the well-being of families and communities. In 1998/99, the First Nations and Inuit Health Program Directorate began looking at two areas where preventative measures can significantly improve First Nations and Inuit family and community health.

The first is an information campaign for Aboriginal families regarding SIDS (Sudden Infant Death Syndrome). In 1998/99, the Directorate worked with its partners to distribute the Canadian Paediatric Society pamphlet on SIDS to First Nations and Inuit women. It also began exploring opportunities for working with Aboriginal, Regional and government agencies to create an awareness strategy on SIDS that would be specifically designed for First Nations and Inuit women. In 1999/2000, the Alberta Region produced a SIDS brochure in collaboration with the Assembly of First Nations (AFN) and it will be distributed across the country in 2000/2001.

A second major area of concern is Fetal Alcohol Syndrome/Fetal Alcohol Effect (FAS/FAE). In 1999/2000, FAS/FAE funding was added to the Canada Prenatal Nutrition Program (CPNP). A National Steering Committee was formed that includes First Nations and Inuit representatives, as well as representatives from Medical Services Branch (MSB) and the Regions. The Steering Committee oversaw a community feedback process, and developed a program framework and strategy. In 2000/2001, it will work on funding guidelines and program criteria and begin implementation. The program is designed to allow for the majority of the project funding to be controlled by the Regions after the first year of implementation.

2000-2001 Main Activities and Anticipated Outcomes:

- Enhance SIDS activity by completing videos, a user guide, promotional material and translating the SIDS brochure into French.
- Work with the National FAS/FAE Steering Committee in developing funding guidelines and program criteria, and in beginning implementation.
- Consultations with First Nations and Inuit for input into National Children's Agenda.
- Develop informal interdepartmental group to look at common issues and to work on developing common priorities in women's health.

DISEASE PREVENTION AND CONTROL

Despite gains in recent years, disease patterns in many First Nations and Inuit communities continue to resemble those found in developing countries. We see this most clearly with communicable diseases such as tuberculosis, where crowded living conditions and unsafe or unreliable water supplies play a major role in the transmission of disease. While the rates of these diseases remain high in some First Nations and Inuit communities, others increasingly suffer from "developed" country diseases like diabetes, cancer and cardio-vascular disease. The worldwide problem of HIV/AIDS has also had a serious impact on First Nations people and Inuit.

Programs and Main Activities in 1999-2000 HIV/AIDS
Tuberculosis

HIV/AIDS
Unlike the AIDS epidemic in the Canadian population as a whole, where the cumulative number of AIDS cases has stabilized, the HIV/AIDS cases among Aboriginal peoples have increased steadily over the past decade. This trend is most worrisome in recent studies of HIV infections where Aboriginal people, who make up only 5% of the total population in Canada, represent 16% of the new HIV infections. Of these, 45% are women and 40% are under 30 years old.

The increase can be attributed in part to the fact that Aboriginal people are over represented in high-risk groups such as injection drug users and prison inmates. Because of the high mobility of many Aboriginal people, the HIV risk found in the inner city can be transferred to even remote Aboriginal communities.

The First Nations and Inuit Health Programs (FNIHP) Directorate provides HIV/AIDS education and

prevention programming and related health care services to First Nations and Inuit communities. After a country-wide consultation in 1997/98, the Aboriginal component on HIV/AIDS was introduced as a part of the Canadian Strategy on HIV/AIDS (CSHA). The CSHA Aboriginal component is designed to be complementary to the First Nations and Inuit HIV/AIDS programs.

Before 1999/2000, the Directorate had coordinated a national HIV/AIDS Focus Group. In 1999/2000, the Directorate's strategic partners in the major Aboriginal organizations decided they needed a better collaborating framework. The Focus Group was put in abeyance while the Directorate discussed with its partners the most effective way of working together. These discussions culminated in a very positive Aboriginal HIV/AIDS summit meeting in Winnipeg in March, 2000. At the meeting, a sub-committee was struck to design a new collaborative framework and report back with recommendations by September, 2000.

In 1999/2000, the Directorate also supported a number of important Aboriginal HIV/AIDS education and awareness projects. It funded NIICHRO's train-the-trainer sessions and an issue of its newsletter, In Touch, on HIV/AIDS issues. It funded "AIDS Impact 1999," a Canadian Aboriginal AIDS Network (CAAN) symposium, and co-funded a behavioral study of Two-spirit people, and an Aboriginal HIV/AIDS Communications Needs study, as well as an AFN leadership conference on HIV/AIDS and the Winnipeg summit meeting. The Directorate also offered funding support for the creation of an HIV/AIDS network of Inuit health and social workers, which was sponsored by Pauktuutit Inuit Women's Association.

2000-2001 Main Activities and Anticipated Outcomes:

- Support the development of the National Aboriginal Action Plan on HIV/AIDS.
- Support the First Nations HIV/AIDS Action Plan.
- Implement HIV/AIDS performance monitoring/reporting tool.
- Strengthen the Inuit AIDS Network.

Tuberculosis

While the incidence of tuberculosis has been decreasing steadily over the past several decades, First Nations and Inuit people still have a rate almost seven times higher than the Canada-wide rate. Part of the reason is the continued over-crowding in First Nations and Inuit communities, where housing densities are twice the Canadian average. Another important factor is historically high tuberculosis rates, which means many older people still carry the bacteria in their bodies. The high rate of tuberculosis among First Nations and Inuit children in some Medical Services Branch (MSB) Regions is an ominous sign, indicating a high incidence of recent infection.

A commitment to dramatically reduce tuberculosis rates through aggressive monitoring and control measures led to the establishment of the Tuberculosis Elimination Strategy in 1995. It seeks to reduce the tuberculosis rates in Aboriginal communities to less than 1 case per 100,000. The program has a $3.6 million annual budget, most of which the First Nations and Inuit Health Programs (FNIHP) Directorate allocates to the Regions for case finding, directly observed therapy, and prevention activities.

A review of the Tuberculosis Strategy was begun by the MSB Advisory Group on the Elimination of Tuberculosis (MAGET) in 1997/98 and completed in 1998/99. It revealed that many aspects of the elimination strategy were being achieved. As recommended by MAGET, a program evaluation framework is being developed to conduct similar reviews in the future. A national report will be released this year, with updated epidemiological and program evaluation information.

In 1998/99, a study was also performed to help determine under which circumstances First Nations infants should be inoculated with the BCG vaccine. A decision-making tool is now being developed to assist communities in choosing to use or discontinue the use of the vaccine. Screening guidelines are also being developed to assist MSB control programs in deciding when to screen children and high-risk groups for TB. Due to concern over recent TB outbreaks in First Nations communities in several Regions, an evaluation of outbreak management is needed. This evaluation will lead to the development of a resource kit for community leaders and health professionals involved in TB control. The resource kit will detail the experiences of other communities, and provide materials to help communities to respond quickly and efficiently to future outbreaks.

2000-2001 Main Activities and Anticipated Outcomes:

- Continue support of Regional TB Control Programs.
- Prepare National TB report.
- Identification of the core components of all MSB TB Programs, regardless of transfer status or management structure.
- Develop screening guidelines.
- Develop a program evaluation framework.
- Enhance national surveillance.
- Evaluate TB outbreak management and create a resource kit for communities to manage future outbreaks.

ENVIRONMENTAL HEALTH AND RELATED RESEARCH

In any community, a safe environment means safe water and food supplies, suitably built and maintained housing and proper disposal of wastes. An environmental health program involves identifying, preventing and correcting environmental problems that effect the health of community members.

As First Nations and Inuit communities and Tribal Councils assume greater responsibility for health programs, they are also taking on the responsibilities of addressing the issues of environmental health standards, the establishment of by-laws to protect the health and safety of their communities, and the need for ongoing health education and health promotion programs. In 1999-2000, the First Nations and Inuit Health Program (FNIHP) Directorate continued in to work with First Nations and Inuit communities in developing standards and guidelines in the area of Environmental Health.

Programs and Main Activities 1999-2000
Environmental Health Program Drinking Water Safety Program
Sustainable Development Strategy
National First Nations Environmental Contaminants Program
Laboratory Services

Environmental Health Program
The Environmental Health Program is currently delivered by Environmental Health Officers (EHOs). All EHOs are required to possess a Certificate in Public Health Inspection, which is issued by the Canadian Institute of Public Health Inspectors. The EHOs deliver the program in consultation with the individual communities they serve. Their regular activities include the inspection of community water systems, sewage systems, disposal facilities, food services and processing establishments, and health and recreation facilities. They also investigate local outbreaks of disease.

In 1997/98, FNIHP began working with the Department of Indian Affairs and Northern Development (DIAND) and the Regions to investigate the health problems associated with molds in houses in First Nations and Inuit communities. Work has continued on a national action plan to address the problem. The FNIHP Directorate also worked with the Regions and First Nations and Inuit representatives to establish a country-wide Aboriginal Agri-Foods system to quickly notify communities about food recalls. The system was completed in 1998/99 and successfully maintained in 1999/2000.

Preparatory work also began in 1998/99 on an environmental component of the First Nations and Inuit Health Information System (FNIHIS), an on-line mapping tool which will allow for continuous and systematic surveillance of community food, drinking water and sewage handling systems. The work was completed in 1999/2000 and should be ready for pilot-testing in 2000/2001.

As part of the Environmental Health Program, the Directorate also oversees the Transportation of Dangerous Goods/ Biomedical Waste Program by supporting work done in the Regions. In 1998/99, the Directorate re-evaluated the train-the-trainers program in Transportation of Dangerous Goods/Biomedical Waste program procedures. The recommended revisions, scheduled to be made in 1999/2000 were delayed because of a delay in the legislation. Implementation of the revisions are now expected to begin in 2000/2001.

Work on protocols to address the problem of periodic gastroenteritis outbreaks in First Nations and Inuit communities was begun in 1999/2000 and the protocols are expected to be completed in 2000/2001.

2000-2001 Main Activities and Anticipated Outcomes:

- Begin the environmental component of the FNIHIS pilot projects with

approximately 20 EHOs from across the country.
- Establish a national mold and housing program including protocols and standards.
- Finalize gastroenteritis protocols.

Drinking Water Safety Program
In 1991, the Medical Services Branch (MSB) launched a $25 million Drinking Water Safety Program (DWSP) initiative for monitoring, training, technical advice and local capacity-building to complement the $250 million funding (1991-1997) that the Department of Indian Affairs and Northern Development (DIAND) allocated for upgrading infrastructure related to water and sewage.

The MSB program has four main objectives:

- increase sampling and analysis of existing drinking water supplies;
- provide advice to First Nations and DIAND regarding the design, maintenance and operation of community water systems;
- develop a training package for First Nations water and sewage treatment plant operators;
- promote the importance of safe drinking water through educational materials.

As part of its capacity-building role, the DWSP provides funding to tribal councils and individual communities to implement water quality monitoring programs. The DWSP evaluated and approved a commercial presence/absence test known as Colilert. This test is quick, easy to use, reliable and allows communities to assess the bacteriological quality of their own drinking water. Training was provided by Environmental Health Officers in the communities and at workshops over a three-year period. In 1998/99, when the implementation was completed, more than 100 First Nations communities were operating their own water quality monitoring systems. The program continued through 1999/2000.

Health Canada, DIAND and the Assembly of First Nations (AFN) have also developed a training program known as the Circuit Rider Training Program (CRTP). Training is provided to First Nations communities on the operation and maintenance of water and sewage treatment facilities in the local community. The CRTP began with a pilot project in Northern Ontario involving 14 First Nations Communities. It is now operating in Saskatchewan and Manitoba and in 1999/2000 it was launched in Quebec. First Nations Water and Wastewater Advisory committees oversee the implementation of the CRTP, with Health Canada and DIAND playing supporting and facilitating roles.

In 1998/99, the Environmental Health division also began developing a policy on Giardia/ Crytosporidium. Work continued in 1999/2000 and the Protocols for Action should be finalized in 2000/2001.

2000-2001 Main Activities and Anticipated Outcomes:

- Finalize MSB Protocol for Action on Giardia / Crytosporidium in drinking water.
- Continue country-wide implementation of the CRTP.

Sustainable Development Strategy
An essential part of the First Nations and Inuit Health Programs (FNIHP) Directorate's environmental mandate is to work within the bounds of sustainable development, which requires that development meets the needs of the present without compromising the ability of future generations to meet their own needs. Health Canada's Sustainable Development Strategy reflects three broad priorities.

1. Create social and physical environments that sustain health.
2. Strengthen the integration of sustainable development into Departmental decision-making and management processes.
3. Minimize the environmental and social effects of the Department's physical operations/activities.

   The First Nations and Inuit Health Program (FNIHP) Directorate is focusing on the third priority by putting departmental physical operations in order by overseeing an environmental clean-up of Medical Services Branch (MSB) sites, particularly in the

area of fuel storage tanks. In 1998/99, the registration of MSB aboveground and underground fuel storage tanks was completed, and in 1999/2000 work was initiated in cleaning up impacted soils at eight high- priority sites. Remediation was completed at three sites.

Working with its environmental partners, the Directorate also developed specifications for a clean-up priority list and completed the assessment of all of the Branch's fuel storage systems in First Nations communities. A top-priority clean-up list was completed in 1999/2000 and work is continuing on the overall priority list. The priority plan will also include a comprehensive risk management plan.

In 1999/2000, the Directorate initiated the development of an action plan to reduce the environmental impact in the operation of all MSB facilities that will permit them to exceed all applicable statutes, regulations, standards and guidelines for underground and aboveground storage tanks and associated sites.

2000-2001 Main Activities and Anticipated Outcomes:

- Complete the fuel storage tanks priority plan, including a risk management plan.
- Develop the MSB component of the Environmental Management System (EMS).
- Develop and implement a training program for community fuel handlers.

National First Nations Environmental Contaminants Program
In 1999/2000, the National First Nations Environmental Contaminants Program was transferred to the control of the Assembly of First Nations (AFN), with the First Nations and Inuit Health Program (FNIHP) Directorate sharing some administrative responsibilities. Community environmental research proposals are now submitted directly to the AFN-controlled committee, which includes a Health Canada representative, and they are evaluated and funding allocated on an individual merit basis. The FNIHP Directorate continues to offer technical support and to administer the Contribution Agreements. In addition, the Directorate administers contracts for the DIAND Northern Contaminants Program, and continues to be directly involved in research activities at selected sites.

In 1999/2000, the Directorate's Environmental Research section was active in the following projects:

EAGLE
The E.A.G.L.E (Effects on Aboriginals from the Great Lakes Environment) Project, begun in 1990, was a comprehensive study designed to take a broad view of health, examining the effects on the traditional way of life and the resulting socio-cultural well-being, as well as physical health, of First Nations in the Great Lakes environment. EAGLE has concluded, and emphasis has shifted to the communication of results in the Communications Strategy Program. This final phase of the process that began with EAGLE will involve distributing seven Technical Reports (Contaminants in Human Tissues, Health Survey , Eating Patterns Survey, Fish Consumption Risk Analysis, Fish Consumption Guidelines, Freshwater Fish and Wild Game Report, Socio-Cultural Study), as well as 47 Community Reports to participating communities. Directorate personnel will participate in community meetings to discuss the findings.

Lesser Slave Lake
In the Lesser Slave Lake Health Study, eating patterns were surveyed and tissue samples were tested for contaminants in 1998/1999. In 1999/2000, a final draft of the study was completed and presented to the communities, as well as a summary report for general readers. No health risks were found and no further work is required in 2000/2001.

Northern River Basins
The Northern River Basins (Lesser Slave, Athabaskan, Peace Rivers) study was proposed by Treaty 8 and is funded through the National First Nations Environment Contaminants Program. It includes an eating pattern survey and work is being carried out on fish consumption. The FNIHP Directorate's role is to offer technical support.

Sioux Lookout Zone
In the Sioux Lookout Zone Environmental Contaminants Study, arrangements were completed in 1998/99 for environmental research in three communities Kitchenuhmaykoosb (Big Trout Lake), Weagamow and Poplar Hill. Blood and hair sampling, an eating patterns

survey and fish, bird and game sampling were carried out in Big Trout Lake and Poplar Hill in 1999/2000. The survey in Poplar Hill was completed and the report was submitted to the chief and council. The results showed no health concerns. In Big Trout Lake, the initial sampling was completed and a report is being prepared for the community. Early indications showed some PCB contamination and further investigations will be carried out in 2000/2001 to isolate the source. Testing will be begin in Weagamow in 2000/2001.

2000-2001 Main Activities and Anticipated Outcomes:

- In Sioux Lookout Zone: visit Poplar Hill to release sampling results; conduct further sampling and analysis in Big Trout Lake; begin sampling in Weagamow.
- Begin a Mercury study in Nelson House, Man., and St. John's River, N.B.
- Offer technical support to Treaty 8 in the Northern River Basins Study.
- Continue to administer contribution agreements for the National First Nations Environmental Contaminants Program.
- Continue to administer Northern Contaminants Program contracts.

Laboratory Services

In 1975, Medical Services Branch created a laboratory to support the Aboriginal human hair/blood sampling program. Four years later, in 1979, the laboratory initiated the analysis of polychlorinated biphenyl (PCB) in blood samples. In 1990 this program was expanded to include PCB congener and organochlorine (O.C.) pesticide analysis. Also in 1990, the MSB lab initiated the International Hair Quality Assurance Program to ensure that hair mercury data from various laboratories around the world would be comparable.

- In 1999/2000, Laboratory Services completed the Lesser Slave Lake Health Study analysis and the results were communicated.
- In the Sioux lookout zone, Kitchenuhmaykoosib (Big Trout) and Poplar Hill had blood/ serum and hair samples analyzed for PCBs and Organochlorine Pesticides (total of 189 samples), and Mercury (total of 121 samples). The results and final reports from these analyses were communicated to Research and Statistics Section for futher trend analysis.
- Serum samples (total of 80 samples) from Red Rock, Fort Albany and Peawanuck were analyzed for PCBs and Organochlorine Pesticides and the results and final reports communicated.
- Mercury in hair samples (total of 290 samples) from four northern Aboriginal communities namely, Inuvik (NWT); Salluit (N. Quebec); Squamish (British Columbia); Grassy Narrows (Ontario) were analyzed and the results and final reports communicated. These mercury level determinations were carried out in support of The National First Nations Environmental Contaminants Program.
- The laboratory also provided two round-robins for International Hair Mercury Program as a service to 24 laboratories from eight countries. The laboratory distributed proficiency testing hair samples, analyzed results from different labs and prepared final reports and communicated the results to respective labs. To maintain the accuracy and quality of results, laboratory participated in two national Quality Control (Q.C.) programs and one international Q.C. program.

2000-2001 Main Activities and Anticipated Outcomes:

- Complete the ongoing bio-monitoring in Sioux Lookout Zone Environmental Conatminants Study.
- Fulfill requests from several First Nations Communities (Nelson House, Weagamow; Aboriginal Communities on St. John River and Northern River Basin to havehair samples (total of 450 samples) analyzed for mercury.
- Fulfill request from Chiefs' of seven Ontario First Nations Communities which participated in Project EAGLE to have serum samples (total of 117 samples) reanalyzed using GC/MSD.
- Participate in two round-robins for International Hair Mercury Program.
- Participate in two national Quality Control programs and one international Quality Control program.

HEALTH RESEARCH AND ANALYSIS

One of the First Nations and Inuit Health Programs (FNIHP) Directorate's most important activities is gathering information on First Nations and Inuit health trends for use by Aboriginal organizations, field workers, policy-makers and program funders. The work involves surveillance, research and mapping of Aboriginal health trends, as well as providing expert advisory support to Pharmacy, Nursing and Dental programs. In 1998/99, the FNIHP Directorate embarked on a Knowledge Management program to ensure that the rapidly expanding information and knowledge-base that Medical Services Branch (MSB) operates remains both accessible and manageable within the Branch, and in its work with its Aboriginal organizations, communities and other partners. It has also embarked on a national Telehealth pilot project, which will be completed in 2000/2001, and it continues to expand the First Nations and Inuit Health Information System.

Programs and Main Activities 1999-2000
Accountability
Epidemiological Research
Health Information and Capacity Development
First Nations and Inuit Health Information System
Injury Surveillance
Knowledge Management
National First Nations Telehealth Research Pilot Project
Pharmacy Services
Regional Health Surveys
Resource Centre/Clearinghouse

Accountability
In response to the recommendations from the Auditor General's Report on Accountability and the Gathering Strength Initiative at the Department of Indian Affairs and Northern Development (DIAND), Medical Services Branch (MSB) has began to incorporate an Accountability Framework into its activities. Accountability can be defined simply as the obligation to demonstrate and take responsibility for performance in light of agreed expectations. The overaching goal of this initiative is to facilitate and improve data collection as well as it's exchange between MSB and it's stakeholders - mainly First Nations and Inuit leadership and communities.

An Accountability Implementation Oversight Committee (AIOC), which reports to the Branch Executive Committee (BEC), with stakeholder representation from the Assembly of First Nations (AFN) and Inuit Tapirisat of Canada (ITC) was formed to oversee and facilitate accountability initiatives. The Committee is chaired by the Director General, First Nations and Inuit Health Programs (FNIHP). Its objectives are

- to develop and provide BEC with an implementation plan for a First Nations and Inuit health program Accountability Framework;
- to improve understanding of accountability for both communities and MSB staff;
- to facilitate and ensure an integrated approach toward program implementation processes;
- to support evidence based decision making processes.

To achieve it's objectives and mandate ten working groups were formed around the project themes. They are a Community Health Plan; Work Planning, Information Transparency and Annual Reporting; Priorities, Decision Making and Transparency Processes; Joint Management Processes; The FNIHB Tool Box of Programs; Accountability Training/ Workshops; Agreement Management; Information and Knowledge Management; Audit; and Dealing with the North and Accountability.

In 1999/2000, the Committee adopted the Phil Martin Accountability Model and developed a prototype of the Community Health Plan and a comprehensive Planning Model with it's accompanying automated work planning tool.

Two reports for resolving defaults in agreements (FNIHB Intervention Policy and FNIHB Guidelines on Handling Complaints) have received feedback from the committee and are in the process of being finalized. An Evaluation Framework strategy for all MSB programs has been produced and is currently being reviewed by the AIOC.

Through it's secretariat, the AIOC also continues to play a very important role in the development and submission of proposals for funding under the Performance Measurement Development Project (PMDP), a Federal Accountability Initiative. At present a total of six proposals have received 50% funding from this project.

Since the Accountability initiative requires a profound change in the delivery of health programs considerable strategic planning is required. This process will also require a substantial shift in the way employees and partnering stakeholders conduct business activities.

2000-2001 Main Activities and Anticipated Outcomes:

- Continue activities towards the final implementation of the accountability framework.
- Finalize action plan for the Planning Model. Completion of MSB Compendium of Programs.
- Finalize the Community Health Plan.
- Integration and linking of health indicators, compendium of programs, health information systems and knowledge and information management with the accountability initiative.
- Begin test pilots of the Accountability Model in two MSB regions - April 2001.

Epidemiological Research
Several studies have indicated that infant mortality rates are much higher among First Nations people than in the general population. At present, the First Nations and Inuit Health Programs (FNIHP) Directorate collects basic information on infant mortality through its regional offices across the country.

The Maternal Mortality Study and the Fetal/Infant Mortality Study involve linking the national Maternal Mortality database and the Infant Birth-Death database to the Indian Register Population (IRP) to identify maternal and infant deaths in the First Nation population.

The aim of the Maternal Mortality Study is to provide accurate information about the occurrence of maternal and infant mortality among the Aboriginal population. Since infant and maternal mortality rates serve as an indicator of health status, they could be used to monitor the health status of the First Nation population over time. A further objective is to determine if there is a greater proportion of deaths among First Nations women in comparison to non-Aboriginal women and whether any differences exist according to cause of death.

The Fetal/Infant Mortality study will provide more accurate national information about the rate of infant mortality and specific causes of death among Aboriginal infants in Canada. The results of the study will be used by First Nation communities and the MSB to determine the need for improved maternal/child health programs and policies for First Nation communities. Furthermore, the study will facilitate the determination of infant mortality rates for First Nation and Inuit people living in all jurisdictions across Canada, including those living off-reserve and in communities that do not employ a federal health worker. This linkage study will also provide more complete data for the Atlantic provinces, Quebec, Ontario and the NWT than could be obtained through current data collection methods.

The results will also provide an important indicator for the evaluation of MSB infant and child health policies and programs and provide information that can be used to improve clinical care and guide policy development. Record linkages were completed in 1998/99. The study is currently on hold due to staff changes.

2000-2001 Main Activities and Anticipated Outcomes:

- Complete the First Nations Maternal Mortality Study.
- Complete preliminary data analysis on First Nations Fetal/Infant Mortality Study.

Health Information and Capacity Development
An important part of the First Nations and Inuit Health Program (FNIHP) Directorate's activity is providing the data for research, surveillance and mapping trends in First Nations and Inuit

health to allow policy-makers, Medical Services Branch (MSB) Regions and Aboriginal communities and organizations to design and evaluate health programs. To help make the information more useable, and to allow users to more easily link information from different sources, the Directorate has combined its Annual Health Data and Vital Statistics into the Health Information and Capacity Development program. Consolidating information sources will contribute to the ongoing policy of transferring control of health information, as well as programs, to Aboriginal organizations and communities. As part of its data reorganization, the Directorate is also re-assessing the quality of information gathered from all sources.

In 1999/2000, the Directorate worked to establish the Health Technical Data Working Group (HTDWG), which includes representatives from the FNIHP Directorate and the Regions, national Aboriginal organizations and other government departments. The HTDWG's mandate is to identify the health indicators for future data collection and the necessary population denominators, as well as to review data quality. A priority was to develop a shortlist of essential indicators for immediate use. Work was also begun on diabetes surveillance in developing record linkages with provincial medical records.

The Directorate also participated in the interdepartmental Aboriginal Information Management Committee, which includes representatives from a number of federal ministries as well as the national Aboriginal organizations.

2000-2001 Main Activities and Anticipated Outcomes:

- Work with the Health Technical Data Working Group in finalizing Health Indicators and population denominators and start collecting information on the basic set of indicators.
- Develop strategies to ensure regional capacity for the ongoing collection of Tier One and Tier Two Health Indicators.

First Nations and Inuit Health Information System

The computerized First Nations and Inuit Health Information System (FNIHIS) is one of three Health Canada initiatives designed to contribute to the development of a Canadian Health "Infostructure." It contains information about Status and non-Status First Nations and Inuit residents of all provinces who access health services on-reserve. Information includes name, address, gender, date of birth, residency, status, and may include Band registration number, provincial health card number, immunization status as well as data pertaining to reportable and chronic diseases, mortality, medication, medication allergy and adverse reaction, test and exams, public education, abuse, maternal, and psycho-social health. Information is maintained in a highly secure Intranet environment.

The information is used for service delivery, reporting requirements, health program planning, evaluation, research and surveillance. Where permitted by legislation and/or by community consent, non-nominal information may be exchanged with provincial ministries of health for agreed upon uses.

In 1999-2000, the First Nations and Inuit Health Program (FNIHP) Directorate continued to distribute the FNIHIS to First Nations and Inuit communities across the country, and to maintain the existing info- and infrastructures. As of May 30, 2000, the FNIHIS was available in 271 health facilities serving over 330 First Nations and Inuit communities. Distribution of the FNIHIS is expected to be completed in 2000/2001.

2000-2001 Main Activities and Anticipated Outcomes:

- Migration from one national, to multiple regional network infrastructures.
- Complete the distribution to communities.
- Study the feasibility, design, pilot and implement links to other MSB systems.
- Study the feasibility, design, pilot and implement links to provincial systems.
- Maintain the FNIHIS info/infrastructures on an ongoing basis.

Injury Surveillance

The First Nations and Inuit Health Program (FNIHP) Directorate has identified injuries as a significant health hazard facing First Nations and Inuit people. In fact, injury is one of the greatest causes of morbidity and mortality among First Nations populations across North America. In Canada, injuries are the second leading cause of death overall for First Nations

and Inuit people, and the leading cause of death among those between 0-44 years of age. Injuries represent between 28% and 35% of all deaths among registered Indians and Inuit, compared to just 8% of deaths in the Canadian population as a whole. The excess risk of death from injury for First Nations people compared to all Canadians ranges from two-to-five-fold, depending on the region.

To begin to address the injury problem, the FNIHP Directorate commissioned in 1998/99 an environmental scan with the goal of "gaining insight into the current reality of injuries and injury-related activities among Canada's First Nations and Inuit population." The project focused on developing a current "injury snapshot" in order to assess the amount of work being undertaken in the area from both the regional and national perspective. While all Regions identified injuries as a compelling health priority, they also reported that few if any injury prevention activities were being carried out, even though some funding is available through the Brighter Futures program. One of the priorities determined by the environmental scan was the development of a national injury prevention/safety-promotion framework. Work was begun in 1999/2000, and it will continue in 2000/2001.

In October, 1999, the Directorate held a focus group consultation with Aboriginal organizations and MSB Regional and national staff, which set out principles stating that the Injury Prevention process must be driven by Aboriginal Peoples, and that it be transparent, coordinated, flexible, responsive to emerging needs and involve key Aboriginal organizations. As a follow-up, the focus group established a National Working Group on First Nations and Inuit Injury Prevention. Working with the Health Technical Data Working Group (HTWG), the Directorate drafted a Knowledge Map of injury surveillance and prevention.

In 1999/2000, the Directorate also supported the Second Aboriginal Injury Prevention Conference, Continuing the Journey to Safe Aboriginal Communities, held in Alberta.

2000-2001 Main Activities and Anticipated Outcomes:

- In partnership with the National Working Group, develop a Framework for Injury Prevention for First Nations and Inuit.
- Initiate research to produce more detailed data on injury than is presently available for First Nations and Inuit people.
- Initiate work on development of an ongoing injury-surveillance system.
- Consult with Inuit representatives on an environmental scan.
- Support Saskatchewan Injury Prevention training workshop.

Knowledge Management

In an age of rapid technological change, it is essential that information-based organizations such as Health Canada's Medical Services Branch (MSB) ensure that information remains accessible and manageable, that a corporate memory is preserved and that the programs and projects are conducted within a coherent framework. Knowledge management provides this framework. At a practical level, it provides a structured approach to information, helping people to work more effectively by reducing fragmentation, duplication and overload.

In 1998/99, work began on reviewing FNIHP's information systems and on adapting a Knowledge Management model (the Zachman Knowledge Management model) to improve the efficiency of MSB's information-based operations. This initiative was continued in 1999/2000 with two projects. One focused on bringing together injury, prevention and control information in a web-based tool that could be accessed by Health Canada employees and First Nations and Inuit partners. The second project involved mapping key business activities and designing an operational tool to structure and integrate information around these business activities. The aim of the proposed tool is to enable MSB staff access to a wide variety of information through a single window or portal.

2000-2001 Main Activities and Anticipated Outcomes:

- Development of an Intranet presence and relational database tool and disseminate information through a web-based portal.
- Integrate key health indicator information into MSB accountability processes.
- Continue to enhance the Injury Prevention Intranet site.

National First Nations Telehealth Research Project

Telehealth is a broad term that includes information and communication technologies used to deliver health information and services over great distances. The National First Nations Telehealth Research Pilot Project is designed to evaluate the implementation of Telehealth applications in five First Nation communities across Canada. It calls for a maximum of three Telehealth applications to be chosen by each community according to local health needs identified in the community health needs assessment process. Telehealth equipment is then chosen according to its ability to meet those needs. The research project, which has been allocated a maximum of $2 million from the Health Transition Fund (HTF), began in October, 1998 and will end March 30, 2001.

The main objectives of the project are to test and evaluate Telehealth to demonstrate whether it improves access to high quality health care and improves the delivery of health services in a cost-effective manner to the communities.

The first meeting of the five communities and the project team took place at the Health Sciences Centre in Winnipeg in October, 1998. The five communities are La Romaine, Que., Berens River, Man., Southend, Sask., Fort Chipewyan, Alta., Anahim Lake, B.C.

In 1999, numerous planning processes were completed by the communities and funding was allocated. Four of the five communities selected Telehealth companies, the equipment was installed and training of community personnel carried out. In Anahim Lake, B.C., the installation and training was delayed, but will be carried out early in the 2000/2001 fiscal year.

In 1999/2000 a detailed Lessons Learned document was also produced describing the start-up process in the pilot communities. Among the policy issues to be addressed are those of access and confidentiality, and the question of federal/provincial/territorial reimbursement roles. There are also technological issues of securing adequate bandwidth, and in future linkages to the First Nations and Inuit Health Information System and provincial and territorial databases. There will also be clinical impact on scope of practice protocols and evaluations of clinical effectiveness. Implementation challenges include the need to access sustained funding and capacity-building for community members.

Because this pilot project is first and foremost a research project, we will ultimately "tell the story" of how Telehealth was planned, used and accepted (or not accepted) by each community. Learning about these experiences will enable other First Nation communities to consider Telehealth as an option for them. It is hoped that evidence on the effectiveness of Telehealth in the communities will establish First Nations-Inuit Telehealth as a productive area for investment of government resources.

2000-2001 Main Activities and Anticipated Outcomes:

- Complete evaluation of the five pilot projects and submit final HTF report.
- Build awareness of Telehealth through education.
- Conduct First Nations and Inuit consultations in order to develop a strategic plan for Telehealth in the communities.
- Preparation of a Telehealth Business Case and Strategy Document.

Pharmacy Services and Consultation

The pharmacists in the First Nations and Inuit Health Program (FNIHP) Directorate's Pharmacy Services section provide professional support to all of the MSB. Each of the Directorates within MSB accesses their services as needed.

The Non-Insured Health Benefits (NIHB) Program which provides pharmacy benefits to registered First Nations and eligible Inuit clients is the major user of the pharmacists' services. Pharmacy benefits represented approximately $ 200 million in 1999-2000, or over one-third of the NIHB budget. To support this program, the pharmacists' activities include:

- Policy development and implementation. To maintain the Program's ongoing objective of providing comprehensive drug coverage, pharmacists are involved in all levels of policy development and implementation.
- Daily maintenance and annual publication of the Drug Benefit List. The Drug Benefit List is a dynamic document that identifies the current drug benefits as recommended by the Federal Pharmacy and Therapeutics Committee and approved by the NIHB Program. Quarterly updates of changes to the list are published as well as the annual revised list. Pharmacists are also involved in

identifying all products with special reimbursement methods.

- Secretariat to the Federal Pharmacy and Therapeutics Committee. This independent body provides advice on drugs and therapeutics to six federal departments. Although all of MSB can access the expertise of the Committee, its primary role is in advising NIHB on the provision of drug benefits. The pharmacy section systematically reviews new and old drugs, using an evidence-based approach, and produces reports upon which the Committee bases its recommendation.

Within FNIHP, the pharmacists' activities include the following:

- Drug Distribution Program (DDP). The pharmacists liaise with the DDP which supplies drugs and medical supplies and equipment to nursing stations and health centres. Work on the harmonization of the DDP catalogue with the NIHB Drug Benefit List continues.
- Pharmacy Standards of Practice in MSB Health Facilities. In 1999-2000, a project in association with the Community Health Nursing section was initiated to develop pharmacy standards of practice for MSB health facilities. A committee was struck and standards were drafted and distributed to regions for feedback. Completion of the document and implementation is scheduled for 2000/2001. Maintenance will be ongoing.

A wide range of drug information and drug utilization requests are managed by the pharmacy section. Although the majority of this information is for the internal use of MSB, a growing number of requests, particularly related to drug utilization, are from external clients. In 1999/2000, pharmacists provided drug utilization information related to a variety of diseases including diabetes, tuberculosis, asthma and AIDS.

In 2000/2001, utilization trends will be provided in support of the ABX Project (a joint initiative of Saskatchewan Health, the Saskatchewan Pharmaceutical Association and the Health Services Utilization and Research Commission), which is seeking solutions for optimal antibiotic use, antibiotic utilization trends.

Ongoing support is also provided to the Drug Utilization Review Advisory Committee, which has the mandate to review utilization trends in order to identify areas of concern and to recommend interventions to optimize drug therapy.

2000-2001 Main Activities and Anticipated Outcomes:

- Complete ongoing review of new entities and drug-related issues and publish the annual Drug Benefit list and quarterly updates.
- Publish the quarterly (or as needed) NIHB Drug Bulletin.
- Complete development of Pharmacy Standards of Practice for MSB health facilities
- Support for the Federal Pharmacy and Therapeutics Committee.
- Provide drug information and drug utilization information as required.

Regional Health Surveys

As part of the Department's commitment to supporting First Nations' capacity in information gathering, the First Nations and Inuit Health Programs (FNIHP) Directorate is a participant and funder in Regional Health Surveys carried out by First Nations and Inuit.

The survey process was designed to have both cultural credibility and scientific rigour. Control and ownership of the surveys rest with First Nations under a National Steering Committee that includes representatives from regional and national First Nations organizations. Core subjects include children's health, health services, tobacco use, medical conditions (including diabetes), disability, residential schools, wellness and dental health. Since each region controls its own surveys, questions are added to address regional needs, interests or special concerns.

The nine reports from the 1997 Survey were released by the Assembly of First Nations in January, 1999, and the successful completion of the First Nations controlled and operated Survey was viewed as a significant achievement. Work also continued in 1999 on a Longitudinal component of the Survey planned for the year 2001.

In 1999/2001, the FNIHP Directorate funded the Assembly of First Nations for the infrastructure that would allow the Regional Health Survey to combine its efforts with

Statistics Canada's Aboriginal Peoples' Survey II, which was also planned for 2001.

The Directorate also facilitated the evolution of the Regional Health Survey into a national First Nations Information Governance Committee.

2000-2001 Main Activities and Anticipated Outcomes:

- Support the ongoing work of the Regional Health Survey longitudinal component with the Assembly of First Nations Regional Health Survey coordinator and various federal departments.
- Provide funding and informational support for the Regional Health Survey and promote the Survey within and between government departments.
- Support development of the First Nations Information Governance Committee.
- Facilitate the development of a Business Plan for the First Nations and Inuit Regional Longitudinal Survey.
- Develop the web version of "First Nations and Inuit Regional Health Survey Report."

Resource Centre/Clearinghouse
Established in 1991, the First Nations and Inuit Health Program (FNIHP)'s Resource Centre/Clearinghouse distributes materials developed through contribution agreements.

Included in the National Clearinghouse Catalogue are 37 videos, 145 publications and 3 posters on the following subjects: Addictions, Child Development, Family Violence, Fetal Alcohol Syndrome, Healthy Babies, HIV/AIDS, Mental Health, Nutrition, Solvent Abuse, Head Start resources, Suicide, and Tobacco. The videos, publications and posters are widely distributed to regional offices, communities and Aboriginal organizations.

The FNIHP Directorate's National Clearinghouse is posted on the Internet and users can now order material directly through the Medical Services Branch (MSB) website. Internet access requests come not only from across Canada, but from as far away as Europe and Australia. In 1999/2000, work was carried out on a catalogue of resources, which is updated when new publications are available, or when publications go out of print. A National Clearinghouse Report was also completed in the fall of 1999, and is now available on the MSB/FNIHP website.

2000-2001 Main Activities and Anticipated Outcomes:

- Conduct a regular review of resources.
- Publish a new catalogue of resources.
- Continue the distribution of FNIHP resources to clients across Canada and outside of Canada.

1999/2000 FNIHP EXPENDITURES (000's of Dollars)

Major Sub-Activity	HQ Managed $	Regions Managed $	Totals $
Nursing	$1,031.5	$44,112.0	$45,143.5
Community Health Workers	$327.1	$10,412.2	$10,739.4
NNADAP	$1,240.0	$36,323.2	$37,563.2
Environment Health	$3,301.7	$11,041.4	$14,343.1
Brighter Futures	$63.1	$21,624.7	$21,687.8
HIV/AIDS	$433.9	$2,665.3	$3,099.3
Mental Health	$317.0	$19,955.9	$20,272.9
Solvent Abuse	$361.6	$12,277.6	$12,639.1
Home and Community Care	$1,665.5	$12,520.5	$14,186.1
Canada Pre-Natal Nutrition	$741.3	$ 5,304.0	$6,018.3
Communicable Diseases	$117.4	$ 4,758.9	$4,876.3
Tobacco	$582.9	$00.0	$582.9
Health Careers	$711.0	$2,228.1	$2,939.1
Diabetes	$9.5	$588.5	$598.1

Aboriginal Head Start	$1,008.7	$28,435.4	$29,444.2
TOTAL	$11,885.4	$212,247.8	$224,133.2

Modified: 2000-10-30

copyright/discl

Programmes de Santé des Premières Nations et des Inuit

EXAMEN ANNUEL 1999-2000, août 2000

AVANT-PROPOS

INTRODUCTION

PROGRAMMES COMMUNAUTAIRES
- Programme d'aide préscolaire aux Autochtones (PAPA)
- Alcoolisme et toxicomanies
- Programme canadien de nutrition prénatale
- Santé dentaire et programmes de formation en dentothérapie
- Diabète
- Guérison et bien-être
- Carrières dans le secteur de la santé
- Soins à domicile et en milieu communautaire
- Soins infirmiers dans les collectivités des Premières nations et des Inuits
- Nutrition
- Réduction du tabagisme
- Santé des femmes et des enfants

PRÉVENTION DES MALADIES ET LUTTE CONTRE LES MALADIES
- VIH/sida
- Tuberculose

HYGIÈNE DU MILIEU ET RECHERCHE CONNEXE
- Programme d'hygiène du milieu
- Programme sur la qualité de l'eau potable
- Stratégie de développement durable
- Programme national sur les contaminants de l'environnement chez les Premières nations
- Services des laboratoires

INFORMATIONS ET ANALYSES EN MATIÈRE DE SANTÉ
- Responsabilisation
- Recherche épidémiologique
- Information sur la santé et développement des capacités
- Système d'information sur la santé des Premières nations et des Inuits
- Surveillance des blessures
- Gestion du savoir
- Projet de recherche national sur la télésanté pour les Premières nations
- Services pharmaceutiques et consultation
- Enquêtes régionales sur la santé
- Centre d'échange et de ressources

DÉPENSES ENGAGÉES DANS LES PSPNI EN 1999-2000 (en milliers de dollars)

AVANT-PROPOS

L'Examen annuel 1999-2000 vise à partager de l'information sur les activités et les services entrepris par la Direction des programmes de santé des Premières nations et des Inuits (PSPNI), Direction générale des services médicaux (DGSM), concernant la santé des Indiens et des Inuits au cours de l'exercice 1999-2000.

L'Examen annuel 1999-2000 souligne également les principales activités prévues et les résultats escomptés pour l'exercice 2000-2001 de la Direction des PSPNI et servira ainsi de document de responsabilisation pour la Direction. De cette façon, nous pouvons nous assurer que nos partenaires et nos clients sont tenus informés non seulement de nos dernières réalisations, mais également de nos principales activités prévues.

L'exercice 1999-2000 a été une autre année occupée et productive. Dans son budget de 1999, la Direction a accordé priorité aux ressources humaines, à la pénurie d'infirmières et à la santé mentale, et elle a atteint chacun de ses objectifs très ambitieux. Cette année, elle accordera toujours priorité à la durabilité, à la responsabilisation et à la mise en valeur des capacités et se concentrera également sur la gestion des connaissances.

Au nom des gestionnaires et des employés de la Direction des PSPNI, j'espère que vous trouverez les renseignements qui suivent utiles.

Keith Conn
Directeur général intérimaire
Direction des programmes de santé des Premières nations et des Inuits

Date : 27 septembre, 2000

INTRODUCTION

Rôle des PSPNI dans les soins de santé prodigués aux Premières nations et aux Inuits
La Direction des programmes de santé des Premières nations et des Inuits est l'une des trois directions de la Direction générale des services médicaux (DGSM) de Santé Canada, qui est responsable de l'exécution des programmes et de la prestation des services de santé aux membres des Premières nations et aux Inuits. Le total des ressources de la Direction générale attribué aux Autochtones et aux Inuits en 1999-2000 s'élevait à 11 232 367,00 $.

La Direction générale des services médicaux conservera son nom actuel pendant l'exercice 1999-2000. En juillet 2000, la Direction générale changera de nom pour devenir la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) pour mieux tenir compte de ses activités et programmes actuels.

La Direction des PSPNI joue un rôle actif en santé communautaire et familiale, en prévention et traitement des toxicomanies, en prévention et contrôle des maladies, en recherche sur la santé environnementale et en information et analyse de la santé. Comme d'autres parties de la DGSM, la Direction des programmes de santé des Premières nations et des Inuits poursuit sa transformation radicale : elle agira non plus comme centre de services en direct, mais bien comme bailleur de fonds, stratège ainsi qu'analyste et conseiller, et ce, parce que la responsabilité des programmes de santé est transférée aux collectivités et organismes des Premières nations et des Inuits.

Mandat des PSPNI
« Collaborer avec les bureaux régionaux de la DGSM et les organisations nationales des Premières nations et des Inuits afin d'aider les membres des Premières nations et les Inuits ainsi que leurs collectivités à maintenir et à améliorer leur état de santé. »

Comment la Direction des PSPNI s'acquitte-t-elle de son mandat?

- Elle s'occupe de la surveillance, de la recherche et des activités liées à la santé et aux programmes pour déterminer les tendances et les questions nouvelles et ainsi faciliter la conception, l'orientation, la mise en oeuvre et l'évaluation des programmes.
- Elle appuie les régions de la DGSM, d'autres directions de la DGSM, Santé Canada, d'autres ministères, des organismes des Premières nations et des Inuits en coordination avec d'autres programmes de santé pour permettre une élaboration, une orientation, une exécution et une évaluation efficiente des programmes.
- Elle planifie et met en oeuvre le transfert des fonctions et des programmes gérés à l'échelle nationale aux organismes des Premières nations et aux Inuits et (ou) aux régions pour améliorer l'adaptation des programmes aux besoins changeants des Premières nations et des Inuits.
- Elle défend les droits des Premières nations et des Inuits auprès des organismes centraux et d'autres ministères fédéraux et provinciaux/territoriaux afin qu'ils obtiennent des programmes, des ressources et des services appropriés.

Principes directeurs

- Les activités appuieront la connaissance et l'établissement des capacités chez les Premières nations et les Inuits.
- Le travail sera effectué en partenariat avec les Premières nations, les Inuits, les régions de la DGSM et d'autres intervenants, qui viseront une programmation durable et responsable. On encouragera les Premières nations et les Inuits à prendre contrôle et possession des programmes et ressources de santé, et on leur facilitera la tâche.

PROGRAMMES COMMUNAUTAIRES

Il est dans la tradition des membres des Premières nations et des Inuits de situer la santé dans une perspective holistique. Plutôt que de voir la santé comme une absence de maladie, ils considèrent qu'elle englobe le bien-être physique, social, émotif et spirituel qui concerne non seulement l'individu, mais aussi la famille et la collectivité. À la Direction des programmes de santé des Premières nations et des Inuits (PSPNI), cette approche est appuyée par une gamme d'initiatives nationales et de programmes établis de concert avec les organisations autochtones nationales et les bureaux régionaux de la Direction générale des services médicaux (DGSM).

En 1999-2000, la Direction des PSPNI a continué de travailler avec ses partenaires afin d'apporter une vision plus stratégique et une meilleure orientation aux programmes communautaires dans divers domaines particulièrement importants comme la santé des femmes et des enfants, la jeunesse, ainsi que la prévention et le traitement des toxicomanies. On a également poursuivi en 1999-2000 d'importantes nouvelles initiatives dans les secteurs des soins à domicile et en milieu communautaire et de la nutrition prénatale.

Liste des programmes/activités principales 1999-2000
Programme d'aide préscolaire aux Autochtones (PAPA)
Alcoolisme et toxicomanies
Programme canadien de nutrition prénatale
Santé dentaire et programmes de formation en dentothérapie
Diabète
Guérison et bien-être
Carrières dans le secteur de la santé
Soins à domicile et en milieu communautaire
Soins infirmiers dans les collectivités des Premières nations et des Inuits
Nutrition
Réduction du tabagisme
Santé des femmes et des enfants

Programme d'aide préscolaire aux Autochtones (PAPA)
Le PAPA vise à préparer les enfants à l'école et à promouvoir la santé, la bonne nutrition et les connaissances culturelles chez les enfants de 0 à 6 ans, et il met l'accent sur l'engagement des parents et le soutien de la collectivité. Au départ, le programme était destiné au milieu urbain, mais nous avons entrepris en 1997-1998 de l'étendre aux enfants vivant dans les réserves des Premières nations.

Pour en appliquer les principes aux collectivités des Premières nations, nous avons dû élaborer un nouveau cadre tenant compte de l'environnement dans lequel elles vivent. La Direction des PSPNI a travaillé de concert avec les régions pour créer un comité national du PAPA ainsi que des comités régionaux qui rassemblent des organisations des Premières nations et des représentants des bureaux régionaux.

Le comité national a été créé à l'automne 1998 pour superviser la mise en place du PAPA dans les réserves, travailler à l'élaboration du cadre d'évaluation nationale, élaborer et coordonner un atelier de formation à l'échelle nationale et établir les priorités de la recherche nationale. Ce sont les comités régionaux qui choisissent les projets réalisés grâce au PAPA.

En 1999-2000, 203 projets au total ont été approuvés. Parmi ceux-ci, 47 portaient sur une évaluation des besoins et 156 étaient des projets opérationnels. Le cadre d'évaluation nationale, sur lequel seront fondées les évaluations de projets nécessaires au cours des prochaines années, a été terminé et présenté au Conseil du Trésor. Le comité national a chargé un sous-groupe de rédiger et de mettre à l'essai un modèle de rapport national. On devrait obtenir les dernières rétroactions des projets pilotes et d'autres collectivités intéressées en 2000-2001. D'ici la fin d'août 2000, le comité national examinera l'ébauche révisée.

De plus, le comité national a chargé un sous-groupe de créer un outil de ressource standard du PAPA, qui fournira aux Premières nations un modèle leur permettant d'élaborer leurs propres

normes de programme si elles le désirent. L'ébauche du document a été envoyée à l'ensemble des comités régionaux des projets pour commentaires. La version finale devrait être terminée en juillet 2000.

Le premier Rapport annuel du PAPA, qui comprenait un rapport national exhaustif sur la mise en oeuvre du PAPA, a été terminé à l'automne 1999; le deuxième Rapport annuel sera terminé à l'automne 2000. En janvier 2000, on a tenu le deuxième atelier de formation nationale à Calgary, en Alberta.

Activités principales et résultats prévus pour 2000-2001:

- Terminer la mise en oeuvre du programme par de l'établissement d'environ 160 projects du PAPA.
- Collaborer avec le comité national pour élaborer des mécanismes et des outils de rapport appropriés qui faciliteront l'évaluation nationale (y compris le parachèvement du modèle de rapport national et la prestation de formation sur le modèle, ainsi que l'élaboration et le nouvel essai d'outils destinés aux évaluations du processus et des résultats qui seront utilisés dans l'enquête de référence).
- Préparer le Rapport annuel national exhaustif de 1999-2000 concernant le programme.
- Terminer le guide de référence des normes du PAPA.
- Coordonner l'atelier de formation nationale pour 2000-2001. Préparer des outils qui aideront à améliorer les communications au sujet du PAPA dans les réserves.

Alcoolisme et toxicomanies

Pour assurer une meilleure coordination de ces activités, en ce qui touche la prévention et le traitement de l'abus d'alcool ou de drogues ou de l'abus de solvants, la Direction des PSPNI a concentré ses efforts et créé en 1998-1999 le programme de lutte contre les toxicomanies. Elle a aussi entrepris un certain nombre de projets qui visaient à améliorer l'administration et le soutien du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA) et du Programme national de lutte contre l'abus de solvants chez les jeunes. Parmi ces projets, il y avait une mise à jour d'un système de production de rapports sur les activités de traitement connu sous le nom de Système d'information sur l'abus des substances, qui permet de recueillir et d'analyser des données chaque année.

Afin de soutenir la coordination et le travail du PNLAADA et des centres du Programme national de lutte contre l'abus des solvants chez les jeunes, le répertoire national des centres de traitement a été conçu, et un sondage a été mené auprès des travailleurs communautaires dans plus de 450 collectivités. Le répertoire a été achevé en 1999-2000 et peut maintenant être consulté au Centre des ressources des PSPNI et sur le site Web de la DGSM.

En 1998-1999, la Direction des PSPNI a mis à l'essai un cadre d'évaluation et un processus d'agrément pour les centres du PNLAADA et du Programme national de lutte contre l'abus des solvants chez les jeunes et on a entrepris la mise en oeuvre. Le processus d'agrément a été mis à l'essai dans cinq collectivités, et le plan de mise en oeuvre est terminé. La mise en oeuvre complète a été entreprise au printemps 2000 et se poursuivra en 2000-2001. On a également terminé la rédaction du manuel sur les meilleures pratiques du Programme national de lutte contre l'abus de solvants chez les jeunes.

Dans le cadre du suivi de l'examen des programmes de deux ans, on a créé en 1999-2000 la National Native Addiction Partnership Foundation. La Direction des PSPNI a également parrainé une conférence nationale des comités nationaux de partenariat en février 2000.

On a également entrepris la création d'un programme de formation sur l'utilisation communautaire du Système d'information sur l'abus des substances à l'intention des animateurs et on prévoit donner de l'expansion à ce Système afin de permettre une séquence de soins qui sera plus efficace pour la collectivité.

Les activités de prévention et d'éducation sur l'abus de drogues ont été mises en oeuvre dans le cadre des programmes existants. Mentionnons entre autres le Programme des personnages modèles autochtones et la Semaine nationale de sensibilisation aux toxicomanies. On a également entrepris la création d'un National Native Addictions Framework. On commencera par définir le système actuel, après quoi on fera des recommandations sur les meilleures pratiques. On ajoutera au cadre une stratégie sur l'obsession du jeu.

Activités principales et résultats prévus pour 2000-2001:

- Terminer la mise en oeuvre du cadre d'évaluation et du processus d'agrément du PNLAADA et du Programme national de lutte contre l'abus de solvants chez les jeunes.
- Mettre sur pied un cadre national sur l'alcoolisme et les toxicomanies qui définira les services relatifs à l'alcoolisme et aux toxicomanies pour les Premières nations.
- Poursuivre le travail de mise en oeuvre des recommandations de l'examen du PNLAADA avec la National Native Addiction Partnership Foundation.
- Élaborer un plan ministériel pour le Système d'information sur l'abus des substances élargi.
- Élaborer une série vidéo en trois parties sur l'alcoolisme et les toxicomanies chez les Autochtones pour l'APTN et le site Web Vision.

Programme canadien de nutrition prénatale
Le Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP), mis sur pied à l'intention des femmes enceintes et des enfants de zéro à un an, vise l'amélioration de la santé des femmes enceintes et des issues de la grossesse. La composante autochtone de ce programme est à caractère communautaire. Chaque collectivité conçoit et essaie ses propres activités dans l'un ou l'autre des quatre grands secteurs suivants : éducation en matière de nutrition, développement des compétences (allaitement maternel, apprendre à faire des achats judicieux, cuisine communautaire, etc.), établissement d'un réseau de soutien pour les femmes enceintes et les nouvelles mamans (groupes de soutien pour les femmes de programmes pour cesser de fumer et aliments mixtes) et remise d'aliments nourrissants au besoin. En février 1999, le budget fédéral a proposé l'expansion du PCNP. Après avoir consulté ses partenaires, la Direction des programmes de santé des Premières nations et des Inuits (PSPNI) a entrepris le travail afin de combler des lacunes, d'élargir et de consolider les services, de soutenir l'innovation et de permettre l'acquisition de compétences en promotion de la santé prénatale et de la santé des nourrissons.

En 1999-2000, on a créé un Comité directeur national de la Direction générale des services médicaux (DGSM), composé de représentants des Premières nations pour superviser l'expansion du PCNP. Après de longues discussions et en fonction des commentaires reçus, on a élaboré un cadre stratégique à l'égard du programme qui sera distribué en 2000-2001. La méthode d'évaluation du PCNP a également été examinée en 1999-2000 et est maintenant étudiée par le Comité directeur national. L'examen des options d'évaluation des programmes avec les Inuits se poursuit.

Activités principales et résultats prévus pour 2000-2001:

- Procéder à une importante initiative de communication pour informer tous les intervenants de l'expansion du PCNP.
- Créer les modèles exigés, les lignes directrices de nouveaux programmes, etc. pour la mise en oeuvre de l'expansion du PCNP.
- Aider à la mise sur pied de comités régionaux de direction.
- Appuyer les Comités régional et national dans l'exécution du programme élargi.
- Entreprendre des projets stratégiques sous la direction du Comité national de direction.
- Évaluer les exigences en matière de formation, de coordination et de ressource d'un point de vue national.

Santé dentaire et programmes de formation en dentothérapie
On peut prévenir la plupart des maladies dentaires et buccales. Les données limitées auxquelles on a accès concernant particulièrement les maladies dentaires et buccales chez les Premières nations et les Inuits révèlent généralement que le taux de carie dentaire chez cette population peut être de trois à cinq fois plus élevé chez les Canadiens non autochtones.

Pour améliorer l'hygiène dentaire des Premières nations et des Inuits, la Direction générale des services médicaux (DGSM) favorise l'accès à des services de soins buccaux et à des fournisseurs de service ainsi que la promotion, le soutien et l'encouragement accrus de stratégie des caries et de la promotion de l'hygiène buccale auprès des collectivités des Premières nations et des Inuits.

Pour assurer la prestation efficace des services, la Direction des PSPNI et la Direction des SSNA ont créé en 1997-1998 un comité de consultation, formé de représentants des Premières nations et d'associations dentaires. Le Comité consultatif ministériel sur les soins dentaires avait vu à la mise en application et à la prestation d'un système de contrôle et de vérification visant à garantir aux membres des Premières nations et aux Inuits des soins dentaires appropriés, à prix raisonnable. Le

Comité a également rédigé des recommandations visant les mécanismes d'appels régionaux et nationaux et l'ajout et le retrait de services dentaires de la liste des SSNA. Il a aussi élaboré des directives à l'intention de projets communautaires sur la fluoration et la promotion de l'hygiène buccale.

Pour encourager les membres des Premières nations et les Inuits à embrasser la carrière de dentiste, la DGSM a participé à la fondation de l'École nationale de dentothérapie. Le programme d'études, qui vise à enseigner aux étudiants en dentothérapie à fournir des soins dentaires de base, notamment l'obturation des caries et l'extraction de dents, à donner des soins préventifs et à promouvoir, est offert part le Saskatchewan Indian Federated College (SIFC), conjointement avec la Faculté de médecine dentaire de l'Université de la Saskatchewan. En 1999-2000, la Direction des PSPNI a terminé un examen du programme, avant la date d'expiration de chaque contrat quinquennal. Le 1er mars 2000, on a conclu un nouveau contrat dont la date d'échéance est le 30 juin 2000.

En 1999-2000, le Programme de santé bucco-dentaire de la Direction des PSPNI a poursuivi le travail sur la prévention et la fluoration entrepris avec l'Association dentaire canadienne et le comité de prévention de l'Assemblée des Premières nations, et amené les Premières nations à envisager la fluoration de leurs réserves d'eau dans les cas où elle est possible. Cinq collectivités, Pelican Narrows, Southend, Deschambault Lake, Split Lake et Sioux Valley, ont reçu des fonds pour installer des systèmes de fluoration en 1998-99. Trois subventions supplémentaires ont été versées en 1999-2000 aux collectivités manitobaines de Sandy Bay, Opasquayak et Sioux Valley. Un projet pilote sur l'utilisation de scellant dentaire a été lancé en Alberta en 1998-1999 et a ensuite été étendu aux régions de l'Ontario, du Québec et de l'Atlantique.

Activités principales et résultats prévus pour 2000-2001:

- Conclure un nouveau contrat avec l'École nationale de dentothérapie.
- Poursuivre la prévention et la promotion de l'hygiène buccale et de la fluoration du réseau communautaire d'aqueduc.
- Élaborer une stratégie nationale d'hygiène buccale.
- Appuyer l'initiative de lutte contre le tabagisme du Ministère.

Diabète

Le gouvernement a insisté sur la nécessité de se pencher sur le problème du diabète dans la population autochtone dans le discours du Trône de 1997, et lorsqu'il a annoncé, en 1998, le programme « Rassembler nos forces : le plan d'action du Canada pour les questions autochtones ». On s'inquiète en effet de plus en plus de la prévalence élevée du diabète et de ses complications chez les Autochtones, qui est de trois à cinq fois plus élevée chez eux que pour l'ensemble des Canadiens. Lest taux les plus élevés ont été enregistrés dans les réserves, puis chez les membres des Premières nations vivant hors des réserves, les Métis et les Inuits.

Le diabète de type 2 est la forme la plus courante de cette maladie, puisqu'il touche 90 p. 100 des personnes diabétiques dans la population générale et presque tous les Autochtones diabétiques. Dans les collectivités inuites , et dans le Nord en général, la prévalence du diabète demeure relativement faible, mais on craint qu'elle n'augmente dans les Premières nations si les gens continuent à changer leur mode de vie et leurs habitudes alimentaires traditionnelles. On a besoin de données supplémentaires pour mieux comprendre les conséquences du diabète chez les Métis et dans les collectivités autochtones urbaines.

Au sein du gouvernement, la Direction des programmes de santé des Premières nations et des Inuits (PSPNI) a réalisé un certain nombre de projets afin de répondre aux besoins croissants en information dans les secteurs de la prévention, de l'éducation, des soins et du soutien, de la recherche et de la surveillance. En 1998, la Direction a participé à une série de groupes de travail avec ses partenaires des Premières nations et des Inuits et d'autres représentants autochtones et non autochtones pour élaborer l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones (IDA) quinquennale. Les consultations initiales ont été réalisées en 1999-2000 sous la direction du Comité directeur national de l'Initiative sur le diabète et les Autochtones, qui comprend des représentants de l'Assemblée des Premières nations, des Inuits Tapirisat du Canada, du Ralliement national des Métis, du Congrès des Peuples Autochtones, de l'Association des femmes autochtones, de la National Aboriginal Diabetes Association (NADA), ainsi que des bureaux régionaux et de l'administration centrale de la Direction générale des services médicaux (DGSM). Les rapports de consultation ont été soumis et acceptés par le comité, et l'on a accès au sommaire du rapport sur le site Web des PSPNI.

En novembre 1999, le Ministre a annoncé un financement de 58 millions de dollars pour l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones pour une période de cinq ans, de 1999 à 2004. Voici les objectifs de l'IDA :

- améliorer les soins et les traitements pour les membres des Premières nations dans les réserves et la collectivité inuite;
- améliorer les programmes de prévention et de promotion pour tous les Autochtones;
- offrir des services de soutien pour un meilleur mode de vie dans les collectivités;
- mettre en valeur la capacité pour gérer des programmes durables de lutte contre le diabète;
- combler les besoins en surveillance par l'entremise du Système national de surveillance du diabète.

L'IDA fait partie de la Stratégie canadienne du diabète et a créé ses propres liens avec d'autres programmes de Santé Canada, y compris les soins à domicile et en milieu communautaire, Télésanté et le Système d'information sur la santé des Premières nations et des Inuits, ainsi qu'avec d'autres organismes non gouvernementaux actifs dans le domaine des soins, du traitement et de la prévention du diabète. La ligne directrice de l'IDA prévoit que ces programmes doivent être communautaires, culturellement pertinents, respectueux des valeurs traditionnelles et responsables envers les collectivités autochtones et les gouvernements.

En 1999-2000, première année de l'IDA, le Comité directeur a orienté la planification de la mise en oeuvre avec les régions et les collectivités, fourni du financement temporaire à 12 projets pilotes communautaires sur la prévention du diabète et offert un soutien au chapitre de l'information sur les projets au NADA.

En 1999-2000, la Direction a également terminé l'étude sur la prévalence et les complications du diabète au Manitoba et intégré les exigences liées au diabète chez les Autochtones dans le Système national de surveillance du diabète. La Direction des PSPNI continue également de participer à l'élaboration et à la mise en oeuvre de l'ensemble de la Stratégie canadienne du diabète.

Activités principales et résultats prévus pour 2000-2001:

- Terminer la conception de programmes tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des réserves et, en collaboration avec les Premières nations et les Inuits, entreprendre la mise en oeuvre des programmes.
- En collaboration et en partenariat avec les régions, les organismes autochtones et la DGPPS/DGPS, mettre en oeuvre l'IDA et toutes les activités connexes, y compris l'élaboration de lignes directrices, et ce, relativement aux projets et au financement.
- Faciliter l'établissement de liens entre l'IDA et d'autres initiatives nationales, provinciales et territoriales.

Guérison et bien-être

Le programme Guérison et bien-être de la Direction des programmes de santé des Premières nations et des Inuits est divisé en deux principales composantes : la promotion de la santé mentale et les questions touchant les jeunes Autochtones.

Santé mentale

À l'automne 1998, la Direction des PSPNI a supervisé la création d'un groupe de travail national en santé mentale composé des représentants des Premières nations et des Inuits (Inuit-Tapirisat) et de la Direction générale des services médicaux (DGSM), qui devait se pencher sur les programmes et les services de santé mentale fournis à même le budget des projets Grandir ensemble et Pour des collectivités en santé. Ces deux projets financent des activités communautaires et touchent des domaines aussi divers que l'amélioration des compétences parentales, la prévention des blessures, les loisirs pour la jeunesse, l'abus de solvants et la santé mentale communautaire. Le Programme de santé mentale offre du soutien aux interventions en situation de crise, de la formation pour les membres de la collectivité qui font face à des situations traumatisantes et des services de suivi à l'intention des personnes et de leurs familles.

Pour garantir que, de façon générale, l'aide en santé mentale est offerte d'une manière cohérente et efficace, le groupe de travail a fortement recommandé que l'on procède à une analyse de la conjoncture en ce qui concerne les programmes communautaires de santé mentale pour déterminer les lacunes du système et recommander des façons d'améliorer les services. Cette analyse a été effectuée en 1999-2000, et le groupe de travail s'est réuni six fois pour examiner les résultats et créer un cadre exhaustif relatif à la santé mentale. En 2000-2001, on entreprendra, avec les membres des Premières nations et les Inuits, les travailleurs de première ligne et les autres parties intéressées, des discussions sur les résultats de l'analyse et l'ébauche du cadre des programmes de santé mentale et l'on obtiendra leurs commentaires.

La Direction des PSPNI poursuit aussi son travail relatif aux sous-comités de la Direction des services de santé non assurés (SSNA), qui est à étudier et à réévaluer la directive sur la santé mentale des SSNA.

Jeunes Autochtones
En 1998-1999, la Direction des PSPNI s'est penchée tout particulièrement sur les besoins des jeunes Autochtones afin de leur offrir les mêmes activités de soutien qu'aux femmes et aux enfants. De plus, soixante pour cent des members des Premières nations et des Inuits n'ont pas encore 30 ans, et les jeunes Autochtones connaissent un taux de suicide et de blessures extrêmement élevé et ont souvent des comportements dangereux pour leur santé.

En février 1999, la Direction a rencontré les représentants d'organisations des Premières nations et des Inuits, ainsi que d'autres ministères préoccupés par les questions touchant les jeunes Autochtones, afin d'entamer un échange d'informations et d'apprendre à mieux unir leurs forces pour améliorer les services offerts aux jeunes Autochtones. En 1999-2000, la Direction des PSPNI a appuyé l'assemblée des jeunes de l'APN; elle continue de soutenir l'élaboration de la Stratégie pour la jeunesse autochtone. La Direction des PSPNI a également donné son appui au site Internet de l'Aboriginal Youth Network, qui comprend de l'information sur la promotion des comportements sains et de la santé.

En ce qui a trait à la prévention du suicide, on a entrepris en 1999-2000 la production d'un vidéo de 24 minutes qui sera diffusé sur l'Aboriginal Peoples' Televsision Network (APTN). On prépare également une brochure qui sera offerte dans l'ensemble du pays.

Activités principales et résultats prévus pour 2000-2001:

- Terminer les discussions exhaustives sur l'analyse de la conjoncture et le cadre du programme de santé mentale.
- Appuyer les régions dans la formation des travailleurs de la santé sur la prévention du suicide.
- Terminer le vidéo à l'intention des jeunes qui sera diffusé sur le réseau APTN et publier une brochure sur la prévention du suicide.
- Soutenir le groupe ITC et ses travaux sur une stratégie de santé mentale culturellement adaptée aux Inuits.

Carrières dans le secteur de la santé
La formation et le renforcement des capacités sont des éléments essentiels du mandat de la Direction des PSPNI qui consiste à déléguer le contrôle des programmes et des politiques en matière de santé aux membres des Premières nations et aux Inuits. Par l'entremise du Programme de carrières pour les Indiens et les Inuits dans le domaine de la santé, la Direction générale des services médicaux (DGSM) encourage vivement les membres des Premières nations et des Inuits à faire des études postsecondaires qui leur permettront de travailler dans le secteur de la santé, notamment en hygiène du milieu et en administration des services de santé.

On compte aujourd'hui près de 2 000 travailleurs de la santé autochtones, dont environ 800 infirmières et 70 médecins; les autres occupations sont, entre autres, celles de technicien de laboratoire, de dentiste, d'optométriste, de pharmacien et d'administrateur. En 1998-1999, on a entamé des discussions qui se sont poursuivies en 1999-2000 sur les façons dont les PSPNI pouvaient aider les organisations de la santé autochtones à collaborer plus étroitement afin de promouvoir auprès des Autochtones des carrières dans le domaine de la santé.

En 1998-1999, la Direction a remis à la Fondation nationale des réalisations autochtones, le Programme de bourses d'études pour les Autochtones, qui remporte beaucoup de succès, tout en continuant de lui donner un soutien financier. La Direction a également donné son appui à l'Aboriginal Health Career Symposium tenu à l'automne 1999 à Ottawa.

Activités principales et résultats prévus pour 2000-2001:

- Appuyer la Fondation nationale des réalisations autochtones pour son administration et sa gestion des bourses d'études du programme de Carrières dans le secteur de la santé pour les Indiens et les Inuits.
- Aider la Fondation nationale des réalisations autochtones à organiser la remise du Prix d'excellence décerné aux Autochtones en mars 2001.
- Appuyer le programme d'infirmières à l'intention des Inuits au Nunavut.

Soins à domicile et en milieu communautaire

Les soins continus offerts dans les réserves couvrent une vaste gamme de services, notamment les soins infirmiers à domicile, les services d'aide familiale, les soins personnels et les aides à la vie courante. La Direction des programmes de santé des Premières nations et des Inuits (PSPNI) collabore avec le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien (MAINC) et les organisations des Premières nations et des Inuits afin d'améliorer la répartition du programme, de promouvoir l'efficience et d'offrir un ensemble continu de services.

En 1998-1999, la Direction des PSPNI a établi, en collaboration avec le MAINC et l'Assemblée des Premières nations et des Inuits, un groupe de travail chargé de l'élaboration d'un cadre de soins continus, qui comprend les soins à domicile et les soins de longue durée. En 1998, au cours de la première phase de ce travail, on a terminé le cadre de soins à domicile. En février 1999, le budget fédéral a annoncé la création d'un Programme de soins à domicile et en milieu communautaire pour les Premières nations et les Inuits.

Pour diriger et superviser l'élaboration des programmes au cours de la première période de trois ans, on a créé un Comité directeur national formé de représentants des Premières nations, des Inuits, de la Direction générale des services médicaux (DGSM) et du MAINC. À la fin de mars 2000, plus de 200 collectivités avaient reçu du financement pour leur plan d'évaluation des besoins. Les activités d'évaluation des besoins en planification des programmes se poursuivront en 2000-2001, au fur et à mesure que les programmes progressent vers la phase de mise en oeuvre.

En juillet 1998 et en février 1999, le ministre de la Santé a annoncé qu'il financerait, par l'entremise du Fonds pour l'adaptation des services de santé, deux projets nationaux de soins à domicile pour les Premières nations et les Inuits. Le premier projet se déroule dans cinq localités des Premières nations, englobe huit collectivités et vise à élaborer des modèles de soins à domicile et à mettre à l'essai diverses formules pour améliorer l'intégration et la coordination des services fournis par les divers ordres de gouvernement.

Le deuxième projet se déroule dans une collectivité inuite et trois collectivités des Premières nations et vise à cerner la nature et l'ampleur des besoins en soutien à domicile et en soutien communautaire pour les diabétiques et à élaborer des modèles de soin, de traitement et d'éducation qui permettront d'améliorer la qualité des traitements pour les personnes diabétiques.

Au cours de 1999-2000, les projets pilotes ont entrepris une évaluation des besoins communautaires pour déterminer les besoins en soins à domicile et en milieu communautaire, élaborer un plan de prestations de service et évaluer l'infrastructure nécessaire pour offrir ses services.

Activités principales et résultats prévus pour 2000-2001:

- Élaborer des normes et des politiques générales à l'égard des programmes et un cadre d'évaluation pour permettre au Comité directeur national de superviser les travaux.
- Élaborer un module d'information lié au SISPNI.
- Élaborer une stratégie pour comprendre les besoins en logement des clients recevant des services de soins à domicile.
- Créer des liens avec d'autres programmes (Télésanté; diabète, SSNA).
- Appuyer le travail continu du Comité directeur national.
- Appuyer la collaboration et le perfectionnement dans toutes les régions.
- Terminer l'évaluation et présenter des rapports finaux aux neuf projets pilotes de soins à domicile et en milieu communautaire.

Soins infirmiers dans les collectivités des Premières nations et des Inuits

Les infirmières en santé communautaire offrent des services de soins de santé et de soins infirmiers dans les collectivités des Premières nations et des Inuits. Elles ont un rôle élargi et possèdent des compétences dans l'évaluation de la santé, les interventions diagnostiques et thérapeutiques, la santé familiale, la promotion de la santé, la prévention des blessures et des maladies et le développement communautaire.

Afin de soutenir le travail des infirmières en santé communautaire, la Direction des programmes de santé des Premières nations et des Inuits (PSPNI) chapeaute les initiatives suivantes : les directives cliniques à l'intention des infirmières; le système de classification des médicaments à l'intention des infirmières et les paramètres d'un champ de pratique étendu.

Afin que les programmes d'études cliniques obligatoires permettent l'acquisition des compétences liées au domaine de pratique, la Direction des PSPNI a créé un comité d'examen par les pairs, formé de membres des bureaux régionaux de la Direction générale des services médicaux (DGSM) et des organismes autochtones responsables de la santé dans les collectivités ayant fait l'objet d'un

transfert. Cet examen continu assure la cohérence et la normalisation de tous les programmes et fait en sorte que les diplômés possèdent les compétences nécessaires pour offrir des soins infirmiers élargis.

La première ébauche des directives cliniques a été terminée en 1998-1999 et révisée en 1999-2000. La version finale qui devrait être affichée dans le site Web de la DGSM sera terminée au début de 2000-2001. Le système de classification des médicaments à l'intention des infirmières a aussi été parachevé et distribué en 1999-2000. Nous procédons également à l'élaboration de normes pharmaceutiques pour le poste de soins infirmiers et les centres de santé.

L'une des priorités de 1999-2000 touchait l'élaboration d'un programme d'évaluation des compétences pour les infirmières dont le rôle est élargi. L'évaluation couvrira de nombreux aspects des connaissances, des compétences, des habiletés, des attitudes et du jugement. Ce programme vise à faire en sorte que les infirmières réussissant les programmes d'études obligatoires possèdent les compétences liées au domaine de pratique; et à déterminer l'éducation permanente/le recyclage à l'intention des infirmières qui ont réussi des programmes d'études reconnus.

Le programme d'évaluation des compétences comprend une auto-évaluation et un guide d'études; l'évaluation à choix multiples sur la santé communautaire; des interventions thérapeutiques; et un processus d'évaluation des compétences cliniques. La première étape, terminée en 1998-1999, a consisté à sonder les professionnels de la santé qui travaillent sur le terrain afin de vérifier leur compétence dans le rôle élargi de leur pratique. Le travail sur l'outil d'auto-évaluation et le programme d'évaluation des compétences à choix multiples était presque terminé en 1999-2000, et ces éléments devraient être prêts en 2000-2001.

On a terminé la première phase du projet d'accréditation/de normes relatives aux postes sw soins infirmiers (phase d'analyse et de consultation). La phase II devrait être terminée en 2000-2001. On devra terminer la rédaction des normes d'accréditation, déterminer les endroits où on procédera à l'enquête pilote et former les enquêteurs des Premières nations.

Le recrutement et le maintien en poste d'infirmières est devenu l'une des priorités de la Direction en 1998-1999 en raison d'importantes pénuries actuelles d'infirmières autorisées compétentes qui désirent travailler dans les collectivités des Premières nations et des Inuits. La Direction a créé le Groupe de travail national sur le recrutement et le maintien en poste des infirmières, qui a élaboré une stratégie de recrutement et de maintien en poste d'infirmières pour orienter les activités de soins infirmiers de la Direction.

La stratégie prévoit des initiatives à long terme pour remédier à la pénurie; des mesures à court terme pour répondre aux besoins immédiats; un plan détaillé comprenant des dates précises et les responsabilités désignées; ainsi que la répartition des ressources. Pour relever le défi, immédiatement et dans l'avenir, on a proposé une série de recommandations qui se concentrent sur la promotion et le recrutement, le soutien clinique, le soutien de la gestion, la qualité de vie pour les infirmières et le maintien en poste d'infirmières compétentes.

Activités principales et résultats prévus pour 2000-2001:

- Terminer la phase II de l'accréditation/des normes relatives au traitement et aux centres infirmiers.
- Terminer les initiatives concernant l'évaluation des compétences et élaborer une stratégie d'éducation à l'intention des infirmières.
- Procéder à l'examen des lignes directrices et du manuel de vol concernant les Pediatric C.G. Patients.
- Procéder à une étude de faisabilité du triage téléphonique.
- Rédiger un manuel de politiques nationales sur les soins infirmiers.
- Poursuivre la mise en oeuvre de la stratégie de recrutement et de maintien en poste d'infirmières en partenariat avec le Groupe de travail national sur le recrutement et le maintien en poste d'infirmières.
- Procéder à des projets pilotes avec les infirmières du ministère de la Défense nationale.
- Poursuivre le recrutement d'infirmières ayant un rôle élargi et la publicité à cet égard et offrir une bourse d'études pour les étudiants en soins infirmiers en 3e année et en 4e année de baccalauréat.

Nutrition

Santé Canada a toujours cherché à donner aux Canadiens des informations sur la nutrition. Au cours des dernières années, la Direction des programmes de santé des Premières nations et des Inuits (PSPNI) a cherché à s'assurer que les besoins spéciaux des Autochtones au chapitre de la nutrition étaient eux aussi comblés. Ces besoins spéciaux sont justifiés par le taux élevé de diabète

et le mauvais état de santé général de nombreuses populations autochtones.

Les spécialistes de ce domaine sont de plus en plus conscients du fait que la nutrition est liée au problème plus vaste de la « sécurité alimentaire ». En contexte autochtone, il faut donc se pencher sur la disponibilité des aliments traditionnels, la présence de contaminants dans l'environnement, la pauvreté et le manque d'information adapté aux réalités culturelles.

En 1998-1999, la Direction des PSPNI s'est mise à chercher des façons de rassembler ses partenaires afin d'élaborer un plan d'action qui fasse le lien entre les initiatives présentes et futures en nutrition et d'aider les collectivités à acquérir une meilleure sécurité alimentaire. On a terminé en 1999-2000 certains travaux de développement de base sur la question de la sécurité alimentaire et fourni du soutien au programme subventionné de livraison de produits alimentaires par la poste parrainé par le MAINC. Ce programme offre des subventions importantes pour la livraison de denrées périssables nutritives (principalement des fruits, des légumes et du lait) aux collectivités auxquelles il n'y a aucun accès par camion, train ou bateau.

La Direction des PSPNI a également accordé du financement à une enquête sur la nutrition menée en Alberta.

Activités principales et résultats prévus pour 2000-2001:

- Maintenir le soutien accordé au programme de livraison de produits alimentaires par la poste.
- Préparer un document de fonds sur la sécurité alimentaire.

Réduction du tabagisme

La proportion de fumeurs chez les Autochtones est extrêmement élevée si l'on compare à la moyenne canadienne. Des études révèlent que 32 % de la population canadienne fume régulièrement, et que cette proportion s'élève à 62 % chez les Premières nations et à 72 % chez les Inuits. Une enquête réalisée par la Direction des programmes de santé des Premières nations et des Inuits (PSPNI) confirme aussi que le tabagisme est deux fois plus fréquents chez les jeunes des Premières nations que chez les jeunes non autochtones.

En 1998-1999, on a mis sur pied une initiative de lutte contre le tabagisme, d'une durée de cinq ans et d'un coût de 2,78 millions de dollars, afin de soutenir les efforts déployés par les Premières nations et les Inuits en ce qui concerne la prévention, l'éducation et la sensibilisation aux dangers de l'usage non traditionnel du tabac, plus particulièrement chez les jeunes des Premières nations et les Inuits. Parmi les projets recevant du financement et du soutien, mentionnons une rencontre nationale de jeunes autochtones organisée par l'Assemblée des Premières nations (APN) pour débattre d'une stratégie de contrôle du tabagisme à l'intention des jeunes. La Direction des PSPNI a aussi travaillé à l'évaluation du programme Anirsaattiarniq (mieux respirer), une trousse pour cesser de fumer à l'intention des intervenants en santé communautaire. En 1999-2000, des représentants en santé communautaire inuits ont reçu une formation, qui se poursuivra en 2000-2001.

En 1999-2000, on a ajouté au site Web le Aboriginal Youth Network une page de renoncement au tabac, qui comprend des données de suivi. La Direction des PSPNI a coparrainé une activité antitabagisme de l'APN qui a rassemblé des travailleurs communautaires dans l'ensemble du Canada.

La Direction a également appuyé la création des trois premières séries prévues de six émissions sur l'utilisation non traditionnelle du tabac pour le réseau télévisé Aboriginal Peoples Television Network (APTN). Les trois programmes restants, qui s'adressent aux jeunes Autochtones, seront diffusés en 2000-2001. On poursuit les travaux sur une vaste campagne médiatique qui comprend des communiqués d'intérêt public auxquels prend part le chef national et les jeunes Autochtones.

La Direction des PSPNI participe également aux travaux du Comité directeur de l'Initiative de lutte contre le tabagisme du Ministère avec d'autres directions générales afin de garantir un financement accru des initiatives de lutte contre le tabagisme communautaire des Premières nations et des Inuits.

Activités principales et résultats prévus pour 2000-2001:

- Produire trois autres émissions sur le tabac pour le réseau APTN.
- Poursuivre la formation des représentants en santé sur la trousse pour cesser de fumer Anirsaattiarniq (mieux respirer).
- Diffuser des communiqués d'intérêt public sur l'usage du tabac.
- Poursuivre la stratégie quinquennale de lutte contre le tabagisme des Premières nations.

Santé des femmes et des enfants
La santé des femmes et des enfants est au cœur du bien-être des familles et des collectivités. En 1998-1999, la Direction des programmes de santé des Premières nations et des Inuits (PSPNI) s'est penchée sur deux domaines où des mesures de prévention peuvent améliorer de façon importante la santé familiale et communautaire des Premières nations et des Inuits.

Le premier projet concerne une campagne d'information sur la MSN (mort subite du nourrisson) à l'intention des femmes autochtones. En 1998-1999, la Direction a travaillé avec ses partenaires afin de distribuer aux femmes des Premières nations et aux femmes inuites le dépliant de la Société canadienne de pédiatrie sur la MSN et a commencé à explorer des avenues de travail avec les organismes autochtones, régionaux et gouvernementaux pour mettre en place une stratégie de sensibilisation à la MSN conçue seulement pour les femmes inuites et les femmes des Premières nations. En 1999-2000, la région de l'Alberta a produit une brochure sur la MSN en collaboration avec l'Assemblée des Premières nations (APN); elle sera distribuée dans l'ensemble du pays en 2000-2001.

L'autre grand projet concerne le syndrome de l'alcoolisme fœtal et les effets de l'alcoolisme fœtal SAF/EAF. En 1999-2000, on a accordé du financement lié au SAF/EAF au Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP). On a créé un Comité directeur national qui comprend des représentants des Premières nations et des Inuits, ainsi que des représentants de la Direction générale des services médicaux (DGSM) et des régions. Le Comité directeur a supervisé un processus de rétroaction communautaire et élaboré un cadre et une stratégie liés au programme. En 2000-2001, il rédigera des lignes directrices en matière de financement et les critères du programme, dont il entreprendra la mise en oeuvre. Le programme vise à permettre aux régions d'avoir le contrôle de la plus grande partie du financement des projets après leur première année de mise en œuvre.

Activités principales et résultats prévus pour 2000-2001:

- Accroître les activités concernant la MSN en réalisant des vidéos, un guide de l'utilisateur et du matériel promotionnel et en traduisant en français la brochure sur la MSN.
- Collaborer avec le Comité directeur national du SAF/EAF pour rédiger des lignes directrices sur le financement et des critères de programme et entreprendre la mise en œuvre.
- Consulter les Premières nations et les Inuits pour obtenir leurs commentaires sur le Programme d'action national pour les enfants.
- Créer un groupe interministériel informel qui sera chargé d'examiner des questions communes et d'examiner les priorités communes sur la santé des femmes.

PRÉVENTION DES MALADIES ET LUTTE CONTRE LES MALADIES

Malgré les progrès des dernières années, les tendances observées dans bon nombre des collectivités inuites et des Premières nations au chapitre de la maladie continuent de ressembler à celles que l'on rencontre dans les pays en développement. La chose est encore plus évidente dans le cas des maladies transmissibles comme la tuberculose et l'hépatite A. Les logements surpeuplés et les sources insalubres ou peu sûres d'approvisionnement en eau jouent un rôle majeur dans la propagation de la maladie. Alors que la prévalence de ces maladies demeure élevée dans certaines collectivités inuites et des Premières nations, dans d'autres, ce sont des maladies des pays « industrialisés » qu'on voit de plus en plus, par exemple le diabète, le cancer et les maladies cardiovasculaires. En outre, le problème mondial du VIH/sida frappe durement les Premières nations et les Inuits.

Liste des programmes/activités principales 1999-2000
HIV/sida
Tuberculose

VIH/sida
Contrairement à ce qui se passe dans la population canadienne en général, où le nombre de cas de sida s'est stabilisé, les cas de VIH/sida chez les Autochtones sont en progression constante depuis une dizaine d'années. Cette tendance très inquiétante ressort de certaines études menées récemment sur l'infection au VIH selon lesquelles les Autochtones, qui constituent seulement 5 p. 100 de la population canadienne, représentant 16 p. 100 des nouveaux cas de VIH. De ce nombre, 45 p. 100 sont des femmes et 40 p. 100 ont moins de 30 ans. Cette augmentation peut

s'expliquer en partie par le fait que les Autochtones sont surreprésentés dans les groupes à risque élevé, comme les toxicomanes qui s'injectent des drogues et les détenus. En raison de la grande mobilité de beaucoup d'Autochtones, le risque de contracter le VIH observé dans les quartiers pauvres des grandes villes peut facilement se transmettre dans les collectivités autochtones éloignées.

La Direction des programmes de santé des Premières nations et des Inuits (PSPNI) offre des programmes d'éducation et de prévention du VIH/sida et des soins connexes aux collectivités inuites et des Premières nations. Après une consultation nationale, vers 1997-1998, on a ajouté un volet autochtone à la Stratégie nationale sur le VIH/sida. Ce volet s'ajoute aux Programmes sur le VIH/sida des Premières nations et des Inuits.

Avant 1999-2000, la Direction a coordonné un groupe de discussion national sur le VIH/sida. En 1999-2000, les partenaires stratégiques de la Direction au sein des principaux organismes autochtones ont décidé qu'ils avaient besoin de meilleurs cadres de collaboration. Les travaux du groupe de discussion ont été laissés en suspens pendant que la Direction disputait avec ses partenaires sur la façon la plus efficace de travailler ensemble. Ces discussions ont donné lieu à une réunion très positive sur le VIH/sida chez les Autochtones à Winnipeg en mars 2000. À la réunion, on a établi un sous-comité chargé d'élaborer un nouveau cadre de collaboration et de fournir un rapport accompagné de recommandations d'ici septembre 2000.

En 1999-2000, la Direction a également appuyé un nombre important de projets d'éducation et de sensibilisation du VIH/sida à l'intention des Autochtones. Elle a financé des séances de formation à l'intention des animateurs de l'ONRIISC et un numéro du bulletin In touch portant sur le VIH/sida. Elle a également financé la conférence « AIDS Impact 1999 », le symposium du Réseau canadien autochtone du sida (RCAS) et cofinancé une étude de comportement des personnes bispirituelles, une étude sur les besoins en communication du VIH/sida à l'intention des Autochtones ainsi qu'une conférence des dirigeants de l'APN sur le VIH/sida et la réunion au sommet de Winnipeg. La Direction a également offert du financement pour la création d'un réseau de travailleurs sociaux et de travailleurs de la santé inuits dans le domaine du VIH/sida, parrainé par la Pauktuutit Inuit Women's Association.

Activités principales et résultats prévus pour 2000-2001:

- Appuyer l'élaboration d'un plan d'action national autochtone sur le VIH/sida.
- Appuyer l'élaboration d'un plan d'action des Premières nations sur le VIH/sida.
- Mettre en œuvre un outil de surveillance et de rapport sur le rendement dans le domaine du VIH/sida.
- Renforcer le Réseau canadien autochtone du sida.

Tuberculose

L'incidence de la tuberculose est en recul constant depuis quelques décennies, mais elle continue d'être près de sept fois plus élevée chez les Premières nations et les Inuits que dans la population canadienne en général. Cela s'explique en partie par le fait que les collectivités inuites et les Premières nations continuent d'être surpeuplées, la densité de logement y étant deux fois plus élevée que la moyenne canadienne. Les taux historiquement élevés de tuberculose sont un autre facteur important, car ils signifient que bien des personnes âgées sont encore porteuses de la bactérie. Le taux élevé de tuberculose chez les enfants des Premières nations et inuits dans certaines régions de la Direction générale des services médicaux (DBGSM) est de mauvais augure et laisse présager une prévalence élevée d'infection récentes.

Les efforts déployés pour réduire considérablement les taux de tuberculose grâce à des activités intensives de surveillance et d'éradication ont débouché sur l'établissement du Plan pour l'élimination de la tuberculose en 1995. Ce plan vise à faire en sorte que l'incidence de la tuberculose dans les collectivités autochtones soit réduite à moins d'un cas pour 100 000 personnes. Le programme bénéficie d'un budget annuel de 3,6 millions de dollars, que la Direction des programmes de santé des Premières nations et des Inuits (PSPNI) verse aux régions pour le dépistage, le traitement directement observé et la prévention.

Le Groupe consultatif de la DGSM sur l'élimination de la tuberculose a entrepris en 1997-1998 l'examen de la Stratégie sur la tuberculose qui a été terminé en 1998-1999 et qui a fait ressortir que la stratégie d'élimination a atteint de nombreux buts. Cet examen a fait ressortir que bon nombre des aspects de la stratégie d'élimination ont été atteints. Comme l'a recommandé le Groupe consultatif, on élabore un cadre d'évaluation des programmes pour procéder à des examens semblables dans l'avenir. On rendra public cette année un rapport national qui fournira de l'information épidémiologique liée à l'évaluation des programmes.

En 1998-1999, on a réalisé une autre étude afin d'établir dans quelles circonstances les nourrissons des Premières nations doivent recevoir le vaccin contre la tuberculose (BCG). On procède actuellement à la création d'un outil de prise de décisions pour aider les collectivités à choisir

d'utiliser ou de cesser d'utiliser le vaccin. On élabore également des lignes directrices sur le dépistage pour aider les programmes de contrôle de la DGSM à décider à quel moment le dépistage de la tuberculose chez les enfants et les groupes à risque élevé est approprié. En raison des poussées épidémiques de tuberculose survenues récemment au sein des collectivités des Premières nations dans plusieurs régions, une évaluation de la gestion de ces poussées est nécessaire. Cette évaluation mènera à l'élaboration d'une trousse de ressources à l'intention des chefs communautaires et des professionnels de la santé participant à la lutte contre la tuberculose. La trousse de ressources donnera les renseignements détaillés sur l'expérience d'autres collectivités et fournira des documents pour aider les collectivités à faire face rapidement et efficacement aux poussées épidémiologiques futures.

Activités principales et résultats prévus pour 2000-2001:

- Poursuivre le soutien des programmes régionaux de lutte antituberculose.
- Préparer un rapport national sur la tuberculose.
- Déterminer les principales composantes de tous les programmes sur la tuberculose de la DGSM, peu importe l'état de leur transfert ou leur structure administrative.
- Élaborer des lignes directrices sur le dépistage.
- Élaborer un cadre d'évaluation des programmes.
- Améliorer la surveillance à l'échelle nationale.
- Évaluer la prise en charge des poussées épidémiologiques de tuberculose et créer une trousse de ressources à l'intention des collectivités pour mieux faire face aux poussées épidémiologiques dans l'avenir.

HYGIÈNE DU MILIEU ET RECHERCHE CONNEXE

Dans toute collectivité, la salubrité de l'environnement passe par la salubrité des sources d'eau et de nourriture, par des logements convenablement construits et entretenus et par une saine gestion des déchets. Pour réaliser un programme d'hygiène du milieu, il faut cerner les problèmes environnementaux qui nuisent à la santé des membres de la collectivité, les prévenir et les corriger.

Les collectivités inuites et des Premières nations ainsi que les conseils tribaux prennent de plus en plus en charge les programmes de santé et, ce faisant, assument la responsabilité des normes en matière d'hygiène du milieu à l'échelle de la collectivité culturelle, de l'établissement de règlements visant à protéger la santé et la sécurité de leurs collectivités et de la mise en œuvre de programmes permanents d'éducation sanitaire et de promotion de la santé. En 1999-2000, la Direction des programmes de santé des Premières nations et des Inuits (PSPNI) a poursuivi le travail avec les collectivités inuites et des Premières nations afin d'élaborer des normes et des lignes directrices dans le domaine de l'hygiène du milieu.

Liste des programmes/activités principales en 1999-2000
Programme d'hygiène du milieu
Programme sur la qualité de l'eau potable
Stratégie de développement durable
Programme national sur les contaminants de l'environnement chez les Premières nations
Services de laboratoire

Programme d'hygiène du milieu
Le Programme d'hygiène du milieu est actuellement appliqué par des agents d'hygiène du milieu. Ces agents doivent détenir un Certificat d'inspecteur en hygiène publique (Canada) décerné par l'Institut canadien des inspecteurs d'hygiène publique. Ils exécutent le programme en consultation avec les collectivités qu'il desservent. Ils inspectent régulièrement les réseaux d'aqueduc communautaires, les systèmes d'égout, les installations d'évacuation, les services alimentaires, les installations de traitement des aliments, les installations sanitaires et récréatives. Ils font également enquête sur les poussées épidémiologiques locales.

En 1997-98, la Direction des PSPNI a commencé à collaborer avec le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien (MAIN) et les bureaux régionaux afin d'éliminer les problèmes sanitaires liés aux moisissures dans les maisons des collectivités Inuits et des Premières nations. On a poursuivi les travaux pour élaborer un plan d'action national afin de lutter contre ce problème. La Direction des PSPNI a également travaillé avec les bureaux régionaux et des représentants des Premières nations et des Inuits pour mettre en place un système autochtone agroalimentaire national qui permettra d'informer rapidement les collectivités au sujet des rappels d'aliments. Le système a été terminé en 1998-1999 et est demeuré en place avec succès en 1999-2000.

On a aussi entrepris en 1998-1999 des travaux préparatoires pour inclure une composante environnementale dans le Système d'information sur la santé des Premières nations et des Inuits (SISPNI), un outil de correspondance en ligne qui permet la surveillance constante et systématique de l'alimentation, de l'eau potable et des systèmes de traitement des eaux usées d'une collectivité. Les travaux ont été achevés en 1999-2000 et devraient être prêts pour des essais pilotes en 2000-2001.

Dans le cas du Programme d'hygiène du milieu, la Direction supervise aussi le programme relatif au transport des matières dangereuses et aux déchets biomédicaux en appuyant les travaux effectués dans les régions. En 1998-1999, la Direction a réévalué la formation des formateurs relativement au système des procédures régissant le transport des matières dangereuses et des déchets biomédicaux. La présentation des nouvelles recommandations, prévues en 1999-2000, a été retardée, la loi n'ayant pas encore été adoptée. La mise en œuvre des modifications recommandées devrait commencer en 2000-2001.

Les travaux sur les protocoles visant à régler le problème des poussées épidémiologiques périodiques de gastro-entérite dans les collectivités inuites et des Premières nations ont commencé en 1999-2000 et devraient se terminer en 2000-2001.

Activités principales et résultats prévus pour 2000-2001:

- Entreprendre la composante environnementale des projets pilotes du SISPNI avec environ 20 agents d'hygiène du milieu provenant de diverses régions du pays.
- Établir un programme national sur la moisissure et le logement, y compris des protocoles et des normes.
- Parachever les protocoles sur la gastro-entérite.

Programme sur la qualité de l'eau potable

En 1991, la Direction générale des services médicaux (DGSM) a lancé un programme de 25 millions de dollars, le Programme sur la qualité de l'eau potable, axé sur la surveillance, la formation et les conseillers techniques ainsi que sur l'acquisition de compétences locales, qui s'ajoute au fonds de 250 millions de dollars (1991-1997) accordés par le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien (MAINC) pour les travaux d'amélioration des infrastructures relatives à l'eau potable et aux eaux usées.

Le programme de la DGSM comporte quatre grands objectifs :

- intensifier les activités d'échantillonnage et d'analyse des forces existantes d'approvisionnement en eau potable;
- conseiller les Premières nations et le MAINC au sujet de la conception, l'entretien et le fonctionnement des réseaux communautaires d'aqueduc;
- produire une trousse de formation à l'intention des exploitants d'usine de traitement des eaux usées dans les collectivités des Premières nations;
- faire comprendre l'importance de la qualité de l'eau potable au moyen de matériel éducatif.

Le Programme sur la qualité de l'eau potable, qui vise notamment à renforcer les capacités communautaires, verse des fonds à certains conseils tribaux et à certaines collectivités pour qu'ils réalisent des programmes de surveillance de la qualité de l'eau potable. Le Programme a permis d'évaluer et d'approuver un test de détection des coliformes appelé Colilert. Ce test est rapide, facile à réaliser et fiable. Les collectivités peuvent ainsi évaluer la qualité bactériologique de leur eau potable. Pendant trois ans, des hygiénistes du milieu ont offert une formation dans les collectivités et dans le cadre d'ateliers. À la clôture du programme, en 1998-1999, plus de 100 collectivités possédaient leur propre système de contrôle de la qualité de l'eau potable. Le programme s'est poursuivi en 1999-2000.

Santé Canada, le MAIN et l'Assemblée des Premières nations (APN) ont aussi élaboré un programme de formation connu sous le nom de Programme de services itinérants de formation (PSIS), qui permet de montrer aux collectivités des Premières nations à exploiter et entretenir les installations locales de traitement de l'eau potable et des eaux usées. Le PSIS a d'abord été mis à l'essai dans le nord de l'Ontario auprès de 14 collectivités des Premières nations. Il fonctionne maintenant en Saskatchewan et au Manitoba et a été lancé au Québec en 1999-2000. Les comités consultatifs des Premières nations sur l'eau potable et les eaux usées veillent à la mise en place du Programme, alors que Santé Canada et le MAINC jouent le rôle de soutien.

En 1998-1999, la division de l'hygiène du milieu a aussi conçu une politique sur Giardia et

Crytosporidium. Les travaux se sont poursuivis en 1999-2000, et les protocoles d'action devraient être terminés en 2000-2001.

Activités principales et résultats prévus pour 2000-2001:

- Terminer le protocole d'action de la DGSM sur Giardia/Crytosporidium sur l'eau potable.
- Poursuivre la mise en oeuvre du PSIS à l'échelle du pays.

Stratégie de développement durable

Au chapitre de l'environnement, l'un des aspects essentiels du mandat de la Direction des programmes de santé des Premières nations et des Inuits (PSPNI) consiste à respecter les limites du développement durable, c'est-à-dire à faire en sorte que le développement répond à nos besoins actuels sans compromettre la capacité des générations futures de satisfaire à leurs propres besoins. La Stratégie du développement durable de Santé Canada respecte trois grandes priorités.

1. Créer un milieu social et physique qui préserve la santé.
2. Renforcer l'intégration du développement durable dans le processus de gestion et de prise de décisions du Ministère.
3. Réduire au minimum les répercussions environnementales et sociales des activités et opérations physiques du Ministère.
   La troisième priorité, qui reçoit une attention particulière de la Direction des programmes de santé des Premières nations et des Inuits (PSPNI), vise à mettre de l'ordre dans les opérations physiques du Ministère en supervisant le nettoyage des sites de la DGSM, et particulièrement en ce qui concerne les réservoirs de combustible. En 1998-1999, le registre des réservoirs de combustible enfouis et non enfouis de la DGSM a été terminé, et on pourra commencer en 1999-2000 les travaux de nettoyage des sols dans huit emplacements prioritaires. On a terminé l'assainissement de trois emplacements.

   En collaboration avec ses partenaires environnementaux, la Direction a également élaboré des spécifications afin de dresser une liste d'assainissement prioritaire et de terminer l'évaluation de tous les réservoirs de combustible de la Direction générale dans les collectivités des Premières nations. On a dressé une liste d'assainissement hautement prioritaire en 1999-2000, et les travaux se poursuivent à l'égard de la liste prioritaire globale. Le plan prioritaire comprendra également un plan exhaustif de gestion des risques.

   En 1999-2000, la Direction a entrepris l'élaboration d'un plan d'action visant à réduire les répercussions environnementales des activités de toutes les installations de la DGSM, qui lui permettra de surpasser l'ensemble des lois, des règlements, des normes et des lignes directrices applicables pour les réservoirs de combustible enfouis et non enfouis et les emplacements connexes.

   Activités principales et résultats prévus pour 2000-2001:

   - Terminer le plan prioritaire à l'égard des réservoirs de combustible, y compris un plan de gestion des risques.
   - Élaborer la composante de la DGSM du système de gestion de l'environnement (SGE).
   - Élaborer et mettre en oeuvre un programme de formation à l'intention des préposés à la manutention du combustible de la collectivité.

Programme national sur les contaminants de l'environnement chez les Premières nations

En 1999-2000, l'Assemblée des Premières nations (APN) est devenue responsable du Programme national sur les contaminants de l'environnement chez les Premières nations, la Direction des programmes de santé des Premières nations et des Inuits (PSPNI) partageant certaines responsabilités administratives. Les propositions de mesures environnementales communautaires sont maintenant présentées au comité responsable de l'APN, qui comprend un représentant de Santé Canada; elles sont évaluées, et le financement est attribué individuellement au mérite. La Direction des PSPNI continue d'offrir du soutien technique et d'administrer les ententes de contribution. De plus, la Direction administre les contrats pour le Programme sur les contaminants du Nord du MAINC et continue de participer directement

aux activités de recherche dans certains emplacements.

En 1999-2000, la section des recherches environnementales de la Direction a participé aux projets suivants :

EAGLE
Le projet E.A.G.L.E. (Effects on Aboriginals from the Great Lakes Environment) entrepris en 1990, est une étude exhaustive visant à donner un vaste aperçu de la santé et qui porte sur les effets de l'environnement sur le mode de vie traditionnel et le bien-être socioculturel qui en résulte, ainsi que sur la santé physique des Premières nations dans la région des Grands Lacs. Le projet EAGLE a pris fin , et l'accent est maintenant mis sur la communication des résultats dans le cadre de la Stratégie de communications sur les programmes. Cette phase finale du processus qui vient d'être entreprise à l'égard du projet EAGLE comprend la distribution de sept rapports techniques (contaminants dans les tissus humains, enquête sur la santé, enquête sur les habitudes alimentaires, analyse des risques de la consommation de poisson, lignes directrices sur la consommation de poisson, rapport sur les poissons d'eau douce et le gibier, étude socioculturelle), ainsi que 47 rapports communautaires à l'intention des collectivités participantes. Le personnel de la Direction participera à des réunions communautaires pour discuter des résultats.

Petit lac des Esclaves
En 1998-1999, au Petit lac des Esclaves, une enquête sur la santé examinait les habitudes alimentaires et la présence de contaminants dans les échantillons de tissu. En 1999-2000, on a présenté la version finale de l'étude aux collectivités, ainsi qu'un rapport sommaire à l'intention des lecteurs en général. Aucun risque pour la santé n'a été décelé, et aucun autre travail n'est nécessaire en 2000-2001.

Bassins des rivières du Nord
L'étude sur les bassins des rivières du Nord (Petit lac des Esclaves, rivières Athabaskan et Peace) a été proposée dans le Traité 8 et est financée par l'entremise du Programme national sur les contaminants de l'environnement chez les Premières nations. La Direction des PSPNI a pour rôle d'offrir un soutien technique.

Zone de Sioux Lookout
Dans le cadre de l'étude sur les contaminants dans l'environnement dans la zone de Sioux Lookout, on a terminé en 1998-1999 la recherche environnementale dans trois collectivités : Kitchenuhmaykoosb (Lac Big Trout), Weagamow et Poplar Hill. On a recueilli des échantillons de sang et de cheveux, réalisé une enquête sur les habitudes alimentaires et rassemblé des échantillons de poissons, d'oiseaux et de gibier dans les régions du Lac Big Trout et de Poplar Hill en 1999-2000. On a terminé l'enquête à Poplar Hill, et un rapport a été présenté au chef et au conseil. Les résultats n'ont révélé aucune inquiétude pour la santé. Au Lac Big Trout, on a terminé l'échantillonnage initial, et l'on prépare un rapport à l'intention de la collectivité. Des indications obtenues récemment révèlent certaines traces de BPC, et les trois enquêtes seront menées en 2000-2001 pour en évaluer la source. On entreprendra des analyses à Weagamow en 2000-2001.

Activités principales et résultats prévus pour 2000-2001:

- Dans la zone de Sioux Lookout : visiter Poplar Hill pour rendre publics les résultats de l'échantillonnage; procéder à d'autres échantillonnages et analyses au Lac Big Trout; commencer l'échantillonnage à Weagamow.
- Commencer une étude sur le mercure à Nelson House (Manitoba) et dans la rivière St. John's (Nouveau-Brunswick).
- Offrir du soutien technique relatif au Traité 8 dans le cadre de l'étude des bassins des rivières du Nord.
- Poursuivre l'administration des accords de contribution pour le Programme national sur les contaminants de l'environnement chez les Premières nations.
- Poursuivre l'administration des contrats du Programme sur les contaminants du Nord.

Services des laboratoires
La Direction générale des services médicaux a créé en 1975 un laboratoire pour soutenir le programme d'analyse d'échantillons de cheveux et de sang chez les Autochtones.
Quatre ans plus tard, en 1979, le laboratoire a commencé les analyses sur la présence de biphényles polychlorés (BPC) dans les échantillons de sang. En 1990, ce programme s'est étendu aux substances proches des BPC et aux pesticides organochlorés. La même année, le laboratoire de la DGSM a institué un programme international de l'assurance de la qualité des mesures du mercure dans les cheveux pour vérifier si les données des laboratoires, ailleurs dans le monde, sont comparables en ce qui a trait à la présence de mercure.

- En 1999-2000, les services des laboratoires ont terminé l'analyse de l'étude de la santé au Petit lac des Esclaves, et les résultats ont été divulgués.
- Dans la zone de Sioux Lookout, on a fait des analyses sur la présence de BPC et de pesticides organochlorés (total de 189 échantillons) et de mercure (total de 121 échantillons) dans des échantillons de sang/sérum et de cheveux dans les régions de Kitchenuhmaykoosib (Big Trout) et Poplar Hill. Les résultats et les rapports finaux à l'égard de ces analyses ont été communiqués à la Section de la recherche et des statistiques à des fins d'analyse sur les tendances.
- On a analysé la présence de BPC et de pesticides organochlorés dans des échantillons de sérum (total de 80 échantillons) à Red Rock, Fort Albany et Peawanuck, les résultats et les rapports finaux ont été communiqués.
- On a fait des analyses de la présence de mercure dans des échantillons de cheveu (total de 290 échantillons) dans quatre collectivités autochtones du Nord, soit Inuvik (T.N.-O.); Salluit (Nord du Québec); Squamish (Colombie-Britannique); Grassy Narrows (Ontario) et les résultats des rapports finaux ont été communiqués. La détermination des niveaux de mercure a pu être réalisée grâce au Programme national sur les contaminants de l'environnement chez les Premières nations.
- Le laboratoire a également offert deux tests comparatifs inter-laboratoires dans le cadre du programme international de l'assurance de la qualité des mesures du mercure dans les cheveux, à titre de service, à 24 laboratoires dans huit pays. Le laboratoire a distribué des échantillons de cheveux pour évaluer la compétence, analysé les résultats provenant de divers laboratoires, préparé les rapports finaux et communiqué les résultats aux laboratoires concernés. Pour s'assurer de l'exactitude et de la qualité des résultats, le laboratoire a participé à deux programmes nationaux de contrôle de la qualité et à un programme international de contrôle de la qualité.

Activités principales et résultats prévus pour 2000-2001:

- Terminer la surveillance biologique continue dans le cadre de l'étude des contaminants dans l'environnement dans la zone de Sioux Lookout.
- Répondre aux demandes de plusieurs collectivités des Premières nations (Nelson House, Weagamow); collectivités autochtones de St. John River et du bassin des rivières du Nord concernant l'analyse de la présence de mercure dans des échantillons de cheveux (total de 450 échantillons).
- Répondre à la demande des chefs de sept collectivités des Premières nations de l'Ontario qui ont participé au projet EAGLE pour faire analyser à nouveau des échantillons de sérum (total de 117 échantillons) à l'aide de la CG/SM.
- Participer à deux tests comparatifs inter-laboratoires dans le cadre du programme international de la qualité des mesures du mercure dans les cheveux.
- Participer à deux programmes nationaux de contrôle de la qualité et à un programme international de contrôle de la qualité.

INFORMATIONS ET ANALYSES EN MATIÈRE DE SANTÉ

L'une des activités les plus importantes de la Direction des programmes de santé des Premières nations et des Inuits (PSPNI) consiste à recueillir des renseignements sur les tendances que présentent les Premières nations et les Inuits au chapitre de la santé, renseignements devant servir aux organisations autochtones, aux travailleurs sur le terrain, aux décideurs ainsi qu'aux bailleurs de fonds des programmes. Ce travail suppose la surveillance, la recherche et l'établissement de correspondances dans les tendances des Autochtones en matière de santé, ainsi que la prestation de conseils d'experts, dans le but de soutenir les programmes de médicaments, de soins infirmiers et de soins dentaires. En 1998-1999, la Direction des PSPNI a aussi participé à un programme de gestion du savoir pour garantir que les bases de données et d'information gérées par la Direction générale des services médicaux (DGSM), dont l'importance croît constamment, restent toujours accessibles et utilisables par la Direction générale et pour appuyer son travail auprès des organisations, collectivités et partenaires autochtones. La Direction des PSPNI participe également à un projet pilote national de la télésanté, qui se terminera en 2000-2001, et elle continue d'élargir le Système d'information sur la santé des Premières nations et des Inuits.

Liste des programmes/activités principales 1999-2000
Responsabilisation
Recherche épidémiologique
Information sur la santé et développement des capacités
Système d'information sur la santé des Premières nations et des Inuits
Surveillance des blessures
Gestion du savoir
Projet de recherche national sur la télésanté pour les Premières nations
Services pharmaceutiques et consultation
Enquêtes régionales sur la santé
Centre d'échange et de ressources

Responsabilisation
En réponse aux recommandations du rapport du Vérificateur général sur la responsabilisation et du plan Rassembler nos forces du ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien (MAINC), la Direction générale des services médicaux (DGSM) s'est engagée dans un processus visant l'intégration d'un cadre de responsabilisation à ses activités. La responsabilisation doit être brièvement définie comme l'obligation de faire la preuve et d'assumer la responsabilité d'un rendement à la lumière des attentes. L'objectif ultime de cette initiative est la facilitation et l'amélioration de la collecte de renseignements et de l'échange qu'en font la DGSM et ses intervenants -- principalement les dirigeants et les collectivités des Premières nations et des Inuits.

Au moment de sa formation, le Comité de surveillance de la reddition des comptes (CSRC), qui relève du Comité exécutif de la Direction générale (CEDG) et est formé de représentants de l'Assemblée des Premières nations (APN) et des Inuits Tapirisat du Canada (ITC), s'est vu donner le mandat de superviser et d'aider les initiatives de responsabilisation. Le Comité est présidé par le directeur général du Programme de santé des Premières nations et des Inuits (PSPNI). Le Comité poursuit les objectifs suivants :

- élaborer et offrir au CEDG un plan de mise en œuvre dans le cadre de responsabilisation pour les programmes de santé des Premières nations et des Inuits;
- améliorer la compréhension de la responsabilisation au sein des deux collectivités et du personnel de la DGSM;
- faciliter et assurer une approche intégrée à l'endroit des procédures de mise en œuvre des programmes;
- soutenir les processus de prise de décision fondée sur des données probantes.

Afin d'atteindre ces objectifs et de remplir son mandat, le Comité a formé les dix groupes de travail suivants en fonction des divers thèmes de discussion : Plan de santé communautaire; Planification du travail, transparence de l'information et établissement de rapports annuels; Processus de la transparence, des priorités et de la prise de décisions; Processus de gestion mixte; Description de la « boîte à outils » des programmes des PSPSNI; formation et ateliers sur la responsabilisation; Gestion de l'entente; Gestion de l'information et des connaissances; Vérification; et Aborder le Nord canadien; Responsabilisation.

En 1999-2000, le Comité a adopté le modèle de responsabilisation de Phil Martin et élaboré un prototype de plan de santé communautaire ainsi qu'un modèle de planification exhaustif à l'aide de son outil de planification du travail automatisé.

Le Comité a fourni ses commentaires sur deux rapports portant sur la façon de régler les lacunes des ententes (politique d'intervention de la DGSPNI et principes directeurs de la DGSPNI sur la façon de traiter les plaintes), qui devraient être terminés sous peu. On a créé une stratégie liée au cadre d'évaluation pour tous les programmes de la DGSM, qui est actuellement examinée par le CSRC.

Par l'entremise de son secrétariat, le CSRC continue également de jouer un rôle très important dans l'élaboration et la présentation de propositions de financement dans le cadre du Projet d'évaluation de l'impact des programmes, une initiative de responsabilisation fédérale. À l'heure actuelle, le projet a financé six propositions au total, à hauteur de 50 p. 100.

Étant donné que l'initiative de responsabilisation exige une profonde transformation de l'exécution du programme de santé, il faudra procéder à une planification stratégique considérable. Ce processus exigera également une transition importante dans la façon dont les employés et les intervenants exercent leurs activités.

Activités principales et résultats prévus pour 2000-2001:

- Poursuivre les activités vivant la mise en oeuvre finale du cadre de responsabilisation.
- Terminer le plan d'action à l'égard du modèle de planification.
- Terminer le compendium des programmes de la DGSM.
- Terminer le Plan de santé communautaire.
- Intégrer et lier les indicateurs de la santé, le compendium des programmes, les systèmes d'information de santé et la gestion des connaissances et de l'information à l'initiative de responsabilisation.
- Commencer des essais pilotes sur le modèle de responsabilisation dans deux régions de la DGSM - avril 2001.

Recherche épidémiologique

Plusieurs études montrent que les taux de mortalité infantile sont beaucoup plus élevés chez les Premières nations que dans la population en général. À l'heure actuelle, la Direction des programmes de santé des Premières nations et des Inuits (PSPNI) recueille des informations de base sur la mortalité infantile par le truchement de ses bureaux régionaux dans tout le pays.

L'Étude sur la mortalité maternelle et l'Étude sur la mortalité foetale et infantile chez les Premières nations supposent l'établissement d'un lien entre la base de données nationale sur la mortalité maternelle, la base de données sur les naissances et la mortalité infantile et la population du Registre des Indiens, afin d'évaluer la mortalité maternelle et infantile dans la population des Premières nations. L'objectif de l'Étude sur la mortalité maternelle est de rassembler des informations plus précises sur la fréquence de la mortalité infantile et de la mortalité chez la mère. Comme les taux de mortalité maternelle et infantile sont des indicateurs de l'état de santé, ils peuvent servir à surveiller la santé des Premières nations au fil du temps. Un autre objectif consistera à vérifier si le taux de mortalité des femmes des Premières nations est plus élevé que celui des femmes non autochtones et s'il est possible d'observer des différences dans les causes de décès.

L'Étude sur la mortalité fœtale et infantile chez les Premières nations présentera des informations plus précises, à l'échelle nationale, sur le taux de mortalité infantile et sur la cause précise du décès chez les nourrissons autochtones au Canada. Les collectivités des Premières nations et la DGSM utiliseront les résultats de cette étude afin de cerner des améliorations à apporter aux politiques et programmes relatifs à la santé des femmes et des enfants dans les collectivités des Premières nations. De plus, cette étude facilitera l'établissement du taux de mortalité infantile des Premières nations et des Inuits qui vivent dans toutes les régions du Canada, y compris en réserve, et dans les collectivités qui n'emploient pas de travailleurs fédéraux dans le domaine de la santé. Cette étude de couplage fournira aussi des données plus complètes au sujet des Maritimes, du Québec, de l'Ontario et des T.N.-O., que ne l'auraient fait les méthodes habituelles de collecte de données.

Les résultats permettront également de fournir un indicateur important pour l'évaluation des politiques et des programmes relatifs à la santé des enfants et des nourrissons de la DGSM et produiront des informations utiles pour l'amélioration des soins cliniques et de l'élaboration des politiques. Le couplage dossiers s'est terminé en 1998-1999. L'étude est actuellement en suspens en raison de changements de personnel.

Activités principales et résultats prévus pour 2000-2001:

- Terminer l'Étude sur la mortalité maternelle chez les Premières nations.
- Terminer l'analyse des données préliminaire sur l'Étude sur la mortalité foetale et infantile chez les Premières nations.

Information sur la santé et développement des capacités

Un volet important de l'activité de la Direction des programmes de santé des Premières nations et des Inuits (PSPNI) consiste à fournir des données pour la recherche, la surveillance et l'établissement de correspondances dans les tendances des Premières nations et des Inuits au chapitre de la santé, afin de permettre aux décideurs, aux régions de la Direction générale de la santé (DGSM) ainsi qu'aux collectivités et organisations autochtones de concevoir et d'évaluer les programmes de santé. Afin de faciliter les consultations et de permettre aux utilisateurs un repérage plus facile des différentes informations, la Direction a réuni les Bases de données sur la santé et les Statistiques de l'état civil pour former le programme d'informations sur la santé et de développement des

capacités. En consolidant les données, la Direction espère que la nouvelle source d'information appuiera la politique actuelle sur le transfert du contrôle des informations sur la santé des programmes aux organisations et aux collectivités autochtones. Dans le cadre de la réorganisation des données, la Direction procède aussi à la réévaluation de la qualité des informations issue de toutes les sources.

En 1999-2000, la Direction a travaillé à la création du groupe de travail relatif aux données techniques sur la santé, qui est composé de représentants de la Direction des PSPNI et des régions, d'organismes autochtones nationaux et d'autres ministères. Le groupe de travail a pour mandat de déterminer les indicateurs de la santé à des fins de collecte de données futures et les dénominateurs nécessaires de la population ainsi que de vérifier la qualité des données. On a élaboré en priorité une brève liste des indicateurs essentiels afin qu'ils puissent être utilisés immédiatement. On a également entrepris des travaux sur la surveillance du diabète en procédant à des couplages de dossier avec des dossiers médicaux provinciaux.

La Direction a également participé aux travaux du Comité interministériels de gestion de l'information sur les Autochtones, qui est composé des représentants d'un certain nombre de ministères fédéraux ainsi que d'organisations autochtones nationales.

Activités principales et résultats prévus pour 2000-2001:

- Collaborer avec le groupe de travail relatif aux données techniques sur la santé pour terminer les indicateurs de la santé et les dénominateurs de la population et commencer à recueillir de l'information sur la série d'indicateurs de base.
- Élaborer des stratégies pour s'assurer de la capacité régionale de recueillir de façon continue des indicateurs de la santé de première et de deuxième catégorie.

Système d'information sur la santé des Premières nations et des Inuits

Le Système d'information sur la santé des Premières nations et des Inuits (SISPNI) est l'une des trois initiatives que Santé Canada a conçu afin de contribuer à l'élaboration d'une « infostructure » canadienne de la santé. Il contient les informations sur les Indiens inscrits et sur les Inuits qui résident dans les provinces qui utilisent les services de santé offerts dans la réserve. Les informations retenues comprennent le nom, l'adresse, le sexe, la date de naissance, le lieu de résidence et le statut et peuvent comprendre le numéro de membre, le numéro d'assurance-maladie provinciale, le statut immunitaire aussi bien que des données relatives aux éléments suivants : maladies chroniques ou déclaration obligatoire, mortalité, médicaments, allergies et réactions indésirables aux médicaments, analyses et examens, éducation publique, abus, santé maternelle et santé psychosociale. Les informations sont conservées dans un environnement intranet à haute sécurité.

Ces informations guident la prestation des services, les exigences en matière de rapport, la planification et l'évaluation des programmes de santé ainsi que la recherche et la surveillance. Lorsque la loi le permet ou lorsque la collectivité y consent, il est possible d'échanger des informations non nominatives que des ministres provinciaux de la Santé utiliseront dans des buts convenus à l'avance.

En 1999-2000, la Direction des programmes de santé des Premières nations et des Inuits (PSPNI) a continué de fournir le SISPNI aux collectivités des Premières nations et des Inuits dans l'ensemble du pays et à maintenir l'infostructure et l'infrastructure existantes. Au 30 mai 2000, les 271 installations de santé desservant plus de 330 collectivités des Premières nations et des Inuits avaient accès au SISPNI. La distribution du SISPNI devrait se terminer en 2000-2001.

Activités principales et résultats prévus pour 2000-2001:

- Passage d'une infrastructure nationale à de multiples infrastructures de réseau régional.
- Terminer la distribution aux collectivités.
- Effectuer une étude de faisabilité, concevoir, mettre à l'essai et mettre en oeuvre des liens avec d'autres systèmes de la DGSM.
- Effectuer une étude de faisabilité, concevoir, mettre à l'essai et mettre en oeuvre des liens avec des systèmes provinciaux.
- Conserver l'infostructure/infrastructure du SISPNI de façon continue.

Surveillance des blessures
La Direction des programmes de santé des Premières nations et des Inuits (PSPNI) a établi que les blessures représentaient un danger important pour la santé des membres des Premières nations et des Inuits. En fait, les blessures sont l'une des principales causes de mortalité dans ces populations, partout en Amérique du Nord. Au Canada, les blessures sont la deuxième cause de décès en importance pour l'ensemble des Premières nations et des Inuits et la principale cause de décès chez les personnes de 0 à 44 ans. Les blessures sont la cause de 28 à 35 p. 100 des décès chez les Indiens inscrits et les Inuits, comparativement à seulement 8 p. 100 dans l'ensemble de la population du Canada. En comparaison, le risque de décès par blessure est de deux à cinq fois plus élevé chez les Indiens inscrits que dans l'ensemble de la population canadienne, selon la région.

Afin de s'attaquer au problème de blessures, la Direction des PSPNI commandait en 1998-1999 un projet d'analyse de la conjoncture dont l'objectif était de « mieux comprendre les blessures et les activités donnant lieu à des blessures chez les Premières nations et les Inuits du Canada ». Le projet s'attachait à tracer un « portrait » contemporain des blessures, afin de comprendre le travail à effectuer à ce chapitre, à l'échelle régionale et nationale. Toutes les régions jugent que les blessures sont une priorité flagrante, au chapitre de la santé, mais elles indiquent aussi qu'il n'y a pour ainsi dire aucune activité de prévention des blessures, même s'il est possible d'obtenir du financement par l'entremise du programme Grandir ensemble. L'analyse de la conjoncture a permis d'établir que l'une des priorités touchait l'élaboration d'un cadre de travail national sur la prévention des blessures et la promotion de la sécurité. Les travaux ont commencé en 1999-2000 et se poursuivront en 2000-2001.

En octobre 1999, la Direction a procédé à une consultation sous forme de groupe de discussion avec des organisations autochtones et le personnel régional et national de la DGSM, qui a permis d'établir les principes selon lesquels le processus de prévention des blessures doit être dicté par des peuples autochtones, être transparent, coordonné, souple et sensible aux nouveaux besoins et inclure des organisations autochtones clés. Comme activité de suivi, groupe de discussion a établi un Groupe de discussion national des Premières nations et des Inuits sur la prévention des blessures. En collaboration avec le groupe de travail relatif aux données techniques sur la santé, la Direction a rédigé une carte des connaissances sur la surveillance et la prévention des blessures.

En 1999-2000, la Direction a donné son appui à la deuxième conférence autochtone sur la prévention des blessures, intitulée Continuing the Journey to Safe Aboriginal Communities, tenue en Alberta.

Activités principales et résultats prévus pour 2000-2001:

- En partenariat avec le groupe de travail national, élaborer un cadre de prévention des blessures pour les Premières nations et les Inuits.
- Effectuer des recherches pour produire des données plus détaillées sur les blessures que les donnees actuellement disponibles pour les Premières nations et les Inuits.
- Entreprendre l'élaboration d'un système continu de surveillance des blessures.
- Consulter les représentants des Inuits sur l'analyse de la conjoncture.
- Appuyer l'atelier de formation sur la prévention des blessures de la Saskatchewan.

Gestion du savoir
À une époque où les technologies évoluent rapidement, il est vital que les organismes axés sur l'information comme la Direction générale des services médicaux (DGSM) de Santé Canada garantissent que les informations restent accessibles et utilisables, que la mémoire organisationnelle est conservée et que les programmes et les projets sont exécutés selon un cadre cohérent. La gestion du savoir permet de créer ce cadre. Sur le plan pratique, elle fournit une approche structurée à l'égard de l'information et aide les gens à travailler de façon plus efficace en réduisant la segmentation, le dédoublement et la surcharge.

En 1998-1999, on a entamé la révision des systèmes d'information des PSPNI et l'adaptation d'un modèle de gestion du savoir (le modèle Zachman) afin d'améliorer l'efficience des opérations axée sur l'information de la DGSM. Les deux projets de cette initiative se sont poursuivis en 1999-2000. Le premier se concentre sur le rassemblement des informations sur les blessures, la prévention et le contrôle dans un outil utilisant le Web auquel pourraient avoir accès les employés de Santé Canada ainsi que les partenaires des Premières nations et des Inuits. Le deuxième projet porte sur la création d'un schéma des

activités ministérielles clés et la conception de l'outil opérationnel pour structurer et intégrer l'information en fonction de ces activités. L'outil proposé vise à permettre aux employés de la DGSM d'avoir accès à toute une gamme d'information à un seul endroit.

Activités principales et résultats prévus pour 2000-2001:

- Création d'un outil de base de données relationnelles, présence sur Intranet et diffusion de l'information par l'entremise d'un portail sur le Web.
- Intégrer l'information des principaux indicateurs de la santé dans les processus de responsabilisation de la DGSM.
- Poursuivre l'amélioration du site intranet sur la prévention des blessures.

Projet de recherche national sur la télésanté pour les Premières nations

La télésanté est un terme général qui englobe les technologies de la communication et de la santé utilisée pour dispenser des informations et des services de santé sur de longues distances. Le Projet de recherche national sur la télésanté pour les Premières nations visent à évaluer les applications de la télésanté dans cinq collectivités des Premières nations du Canada. Cette collectivité choisira au plus trois applications de télésanté en fonction des besoins locaux, qu'un processus d'évaluation aura permis de cerner. L'équipement est ensuite choisi en fonction de sa capacité de combler ces besoins. Le projet, qui a reçu un budget de 2 millions de dollars du Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS), a débuté en octobre 1998 et prendra fin le 30 mars 2001.

Le projet vise essentiellement à mettre à l'essai et à évaluer la télésanté afin de déterminer si elle permet d'améliorer l'accès à des soins de santé de qualité et la prestation des services de santé aux collectivités, d'une façon rentable.

C'est en octobre 1998 que se sont rencontrées pour la première fois les cinq collectivités et l'équipe du projet, au Centre de science de la santé, à Winnipeg. Les cinq collectivités sont les suivantes : La Romaine (Québec), Berens River (Manitoba), Southend (Saskatchewan), Fort Chipewyan (Alberta) et Anahim Lake (Colombie-Britannique). En 1999, les collectivités ont terminé bon nombre de processus de planification, et un financement a été accordé. Quatre des cinq collectivités ont choisi des sociétés de télésanté, l'équipement a été installé et la formation du personnel communautaire a été offerte. À Anahim Lake (Colombie-Britannique), l'installation et la formation ont été retardées : elles seront effectuées au début de l'exercice 2000-2001.

En 1999-2000, on a également rédigé un document détaillé sur les leçons tirées, qui décrit le processus de démarrage dans les collectivités où se déroule le projet pilote. Parmi les questions stratégiques qui doivent être traitées, on compte l'accès et la confidentialité ainsi que les rôles de remboursement du fédéral, des provinces et des territoires. On aborde également des questions technologiques sur une bande d'écoute sécuritaire, ainsi que les liens futurs avec le système d'information sur la santé des Premières nations et des Inuits et les bases de données provinciales et territoriales. On examinera également l'incidence clinique de l'efficacité clinique sur la portée des protocoles de pratique et des évaluations. Les défis de la mise en oeuvre comprendront la nécessité d'avoir accès à du financement durable et un renforcement des capacités des membres de la collectivité.

Comme ce projet est avant tout un projet de recherche, nous voulons en fin de compte « offrir un témoignage » sur la planification, l'utilisation et l'acceptation (ou le refus) des services de télésanté dans chacune des collectivités. Les leçons tirées de ces expériences permettront à d'autres collectivités des Premières nations de savoir si la télésanté est un bon choix pour elle. Nous espérons aussi qu'une fois démontrée l'efficacité de la télésanté pour les collectivités, il sera clair que la télésanté chez les Premières nations et chez les Inuits est un secteur d'investissement rentable pour le gouvernement.

Activités principales et résultats prévus pour 2000-2001:

- Terminer l'évaluation de cinq projets pilotes et présenter le rapport final du FASS.
- Sensibiliser les gens à la télésanté grâce à l'éducation.
- Procéder à des consultations avec les Premières nations et les Inuits afin d'élaborer un plan stratégique de télésanté pour les collectivités.
- Préparer un document sur la stratégie et l'analyse de rentabilisation de la télésanté.

Services pharmaceutiques et consultation

Les pharmaciens de la section des Services pharmaceutiques de la Direction des programmes de santé des Premières nations et des Inuits (PSPNI) offrent du soutien professionnel à l'ensemble de la DGSM. Chaque direction de la DGSM a accès à leurs services au besoin.

Le Programme des services de santé non assurés (SSNA), qui offre des médicaments aux clients des Premières nations inscrites et des Inuits admissibles, est le principal utilisateur des Services relatifs aux médicaments. En 1999-2000, les médicaments couverts représentaient environ 200 millions de dollars, soit le tiers du budget des SSNA. Pour appuyer ce programme, les pharmaciens se livrent à diverses activités, par exemple :

- Élaboration et mise en oeuvre des politiques. Pour atteindre l'objectif continu du Programme d'offrir l'intégralité des programmes couverts, les pharmaciens participent à tous les échelons de l'élaboration et de la mise en oeuvre des politiques.
- Mise à jour quotidienne et publication annuelle de la Liste des médicaments couverts. La Liste des médicaments couverts est un document dynamique qui indique les médicaments actuellement couverts selon les recommandations du Comité de pharmacologie et de thérapeutique fédéral et approuvés par le Programme des SSNA. On publie, chaque trimestre, une mise à jour des modifications apportées à la liste et, chaque année, une liste révisée. Les pharmaciens participent également à la détermination de tous les produits comportant des méthodes de remboursement spéciales.
- Secrétariat du Comité de pharmacologie et de thérapeutique fédéral. Cet organisme indépendant donne des conseils sur les médicaments et les produits thérapeutiques à six ministères fédéraux. Même si l'ensemble de la DGSM peut avoir accès aux connaissances spécialisées du Comité, celui-ci a pour rôle principal de conseiller le Programme de SSNA sur les médicaments couverts. La section de pharmacologie vérifie systématiquement les médicaments nouveaux et anciens, à l'aide d'une approche fondée sur l'expérience clinique, et produit des rapports que le Comité utilise pour formuler ses recommandations.

Au sein de la Direction des PSPNI, les activités des pharmaciens comprennent ce qui suit :

- Programme de distribution des médicaments (PDM). Les pharmaciens assurent la liaison avec le PDM, qui fournit des médicaments et de l'équipement médical dans des postes de soins infirmiers et des centres de santé. Le travail sur l'harmonisation du catalogue du PDM et de la Liste des médicaments couverts des SSNA se poursuit.
- Normes de pratique pharmacologiques au sein des installations de santé de la DGSM. En 1999-2000, on a entrepris un projet en collaboration avec la section des soins infirmiers communautaires pour élaborer des normes de pratique pharmacologiques pour les installations de santé de la DGSM. On a formé un comité et on a rédigé et distribué des normes aux régions pour obtenir leurs commentaires. Le document de mise en oeuvre devrait se terminer en 2000-2001. Le document sera tenu à jour.

La section des services relatifs aux médicaments administre diverses demandes d'information sur les médicaments et leur utilisation. Même si la plupart de ces renseignements sont destinés destinés à un usage interne par la DGSM, un nombre croissant de demandes, concernant surtout l'utilisation des médicaments, proviennent de clients de l'extérieur. En 1999-2000, les pharmaciens ont fourni de l'information sur l'utilisation des médicaments relativement à diverses maladies, y compris le diabète, la tuberculose, l'asthme et le sida.

En 2000-2001, on fournira les tendances d'utilisation pour appuyer le projet ABX (initiative conjointe du ministère de la Santé de la Saskatchewan, de la Saskatchewan Pharmaceutical Association et de la Health Services Utilization and Research Commission), qui cherche des solutions à l'égard de l'utilisation optimale des antibiotiques et des tendances d'utilisation des antibiotiques.

On fournit également un soutien continu au Comité consultatif sur l'examen de la consommation pharmaceutique, qui a pour mandat de vérifier les tendances d'utilisation afin de déterminer les points critiques et de recommander les interventions pour optimiser les traitements médicamenteux.

Activités principales et résultats prévus pour 2000-2001:

- Terminer l'examen continu des nouvelles entités et des questions liées aux médicaments publiés dans la Liste annuelle des médicaments couverts et la mise à jour trimestrielle.
- Publier le Bulletin pharmaceutique de la Direction des SSNA tous les

trimestres (ou au besoin).
- Terminer l'élaboration des normes de pratique pharmaceutiques des installations de santé de la DGSM.
- Appuyer le Comité de pharmacologie et de thérapeutique fédéral.
- Fournir de l'information sur les médicaments et leur utilisation au besoin.

Enquêtes régionales sur la santé
Le ministère s'étant engagé à aider les Premières nations à se donner les moyens de recueillir l'information qui les intéresse, la Direction des programmes de santé des Premières nations et des Inuits (PSPNI) participe aux enquêtes régionales sur la santé, par les Premières nations et les Inuits et leur offre un soutien financier.

Le mécanisme d'enquête est conçu de façon à être à la fois crédible sur le plan culturel et rigoureux sur le plan scientifique. Le contrôle et la propriété des enquêtes reviennent aux Premières nations sous l'égide du Comité directeur national composé des représentants des organisations régionales et nationales des Premières nations. Les principaux sujets d'enquête ont trait à la santé des enfants, au service de santé, à la consommation de tabac, de maladie (y compris le diabète), aux handicaps, aux pensionnats, au bien-être et à la santé dentaire. Chaque région contrôle ses propres enquêtes; elle peut donc y ajouter des questions répondant à ses besoins, ses préoccupations ou à ses intérêts particuliers.

L'Assemblée des Premières nations a rendu publics, en janvier 1999, les neuf rapports de l'étude de 1997; on considère que le fait d'avoir réussi à terminer cette enquête contrôlée et exécutée par les Premières nations est une importante réalisation. On a aussi poursuivi en 1999 un travail sur un volet longitudinal de l'enquête, qu'on prévoit réaliser en l'an 20001.

En 1999-2001, la Direction des PSPNI a accordé du financement à l'Assemblée des Premières nations à l'égard de l'infrastructure qui permettrait de combiner les efforts déployés pour les enquêtes régionales sur la santé et la deuxième enquête sur les peuples autochtones de Statistique Canada, qui est prévue également pour 2001.

La Direction a également aidé à former le Comité de régie de l'information des Premières nations à partir des enquêtes régionales sur la santé.

Activités principales et résultats prévus pour 2000-2001:
- Appuyer le travail continu du volet longitudinal des enquêtes régionales sur la santé avec le coordinateur des enquêtes régionales sur la santé de l'Assemblée des Premières nations et les divers ministères fédéraux.
- Fournir du financement et des informations aux enquêtes régionales sur la santé et promouvoir les enquêtes au sein des ministères et entre eux.
- Appuyer la création du Comité de régie de l'information des Premières nations.
- Faciliter l'élaboration d'un plan ministériel à l'égard de l'analyse longitudinale des enquêtes sur la santé des Premières nations et des Inuits.
- Fournir sur le Web le « rapport des enquêtes régionales sur la santé des Premières nations et des Inuits ».

Centre d'échange et de ressources
Formé en 1991, les Centres d'échange et de ressources de la Direction des programmes de santé des Premières nations et des Inuits (PSPNI) distribue de la documentation préparée dans le cadre d'accord de contribution.

Le catalogue offre 37 vidéos, 145 publications et 3 affiches sur les sujets suivants : toxicomanies, développement de l'enfant, violence familiale, syndrome d'alcoolisme foetal, bébés en santé, VIH/sida, santé mentale, nutrition, abus de solvants, ressources du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones, suicide et usage du tabac. Les vidéos, les publications et les affiches sont largement distribués aux bureaux régionaux, aux collectivités et aux organismes autochtones.

Le Centre national d'information de la Direction des PSPNI se trouve sur Internet, et les utilisateurs peuvent maintenant placer une commande directement par l'entremise du site Web de la Direction générale des services médicaux (DGSM). Les demandes d'accès Internet viennent non seulement du Canada, mais également de l'Europe et de l'Australie. En 1999-2000, on a procédé à des travaux sur le catalogue de ressources, qui est mis à jour

lorsque de nouvelles applications sont offertes ou lorsque les publications sont épuisées. On a également terminé la rédaction du Rapport du Centre national d'information à l'automne 1999 que l'on retrouve maintenant sur le site Web de la DGSM/des PSPNI.

Activités principales et résultats prévus pour 2000-2001:

- Effectuer un examen régulier des ressources.
- Publier un nouveau catalogue des ressources.
- Poursuivre la distribution des PSPNI aux clients dans tout le Canada et à l'extérieur du Canada.

DÉPENSES ENGAGÉES DANS LES PSPNI EN 1999-2000 (en milliers de dollars)

Sous-activité principale	Sommes gérées par l'AC	Sommes gérées en région	Total
Soins infirmiers	1 031,5 $	44 112,0 $	45 143,5 $
Travailleurs en santé communautaire	327,1 $	10 412,2 $	10 739,4 $
PNLAADA	1 240,0 $	36 323,2 $	37 563,2 $
Hygiène du milieu	3 301,7 $	11 041,4 $	14 343,1 $
Grandir ensemble	63,1 $	21 624,7 $	21 687,8 $
HIV/Sida	433,9 $	2 665,3 $	3 099,3 $
Santé mentale	317,0 $	19 955,9 $	20 272,9 $
Abus des solvants	361,6 $	12 277,6 $	12 639,1 $
Soins à domicile et en milieu communautaire	1 665,5 $	12 520,5 $	14 186,1 $
Nutrition prénatale	741,3 $	5 304,0 $	6 018,3 $
Maladies transmissibles	117,4 $	4 758,9 $	4 876,3 $
Tabagisme	582,9 $	00,0 $	582,9 $
Carrières dans le secteur de la santé	711,0 $	2 228,1 $	2 939,1 $
Diabète	9,5 $	588,5 $	598,1 $
Programme d'aide préscolaire aux Autochtones	1 008,7 $	28 435,4 $	29 444,2 $
TOTAL	11 885,4 $	212 247,8 $	224 133,2 $

Mise à jour : 2000-10-31 Droits d'auteur/désistements

[English] [Contactez-nous] [Aide] [Recherche] [Accueil]